

Mari A. H. 2
Año 1918

N. 3486

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Artritis Blenorragica

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

●POR

SALVADOR J. PRAT

Practicante interno del Hospital San Isidro (1911-1912)

Practicante del Instituto Jenner (1913)

Practicante menor interno del Hospital Vecinal «Curapaligüe» (1913-1914)

Practicante mayor rentado del Hospital Vecinal «Curapaligüe» (1914-1916)

Practicante menor ad-honorem del Hospital Rivadavia (1914) (renunciado)

Practicante menor interno del Hospital Pedro Fiorito (1914-1915)

Practicante mayor rentado del Hospital Pedro Fiorito (1915-1917)

Practicante mayor rentado del Hospital Vecinal «Las Heras» (1916-1917)

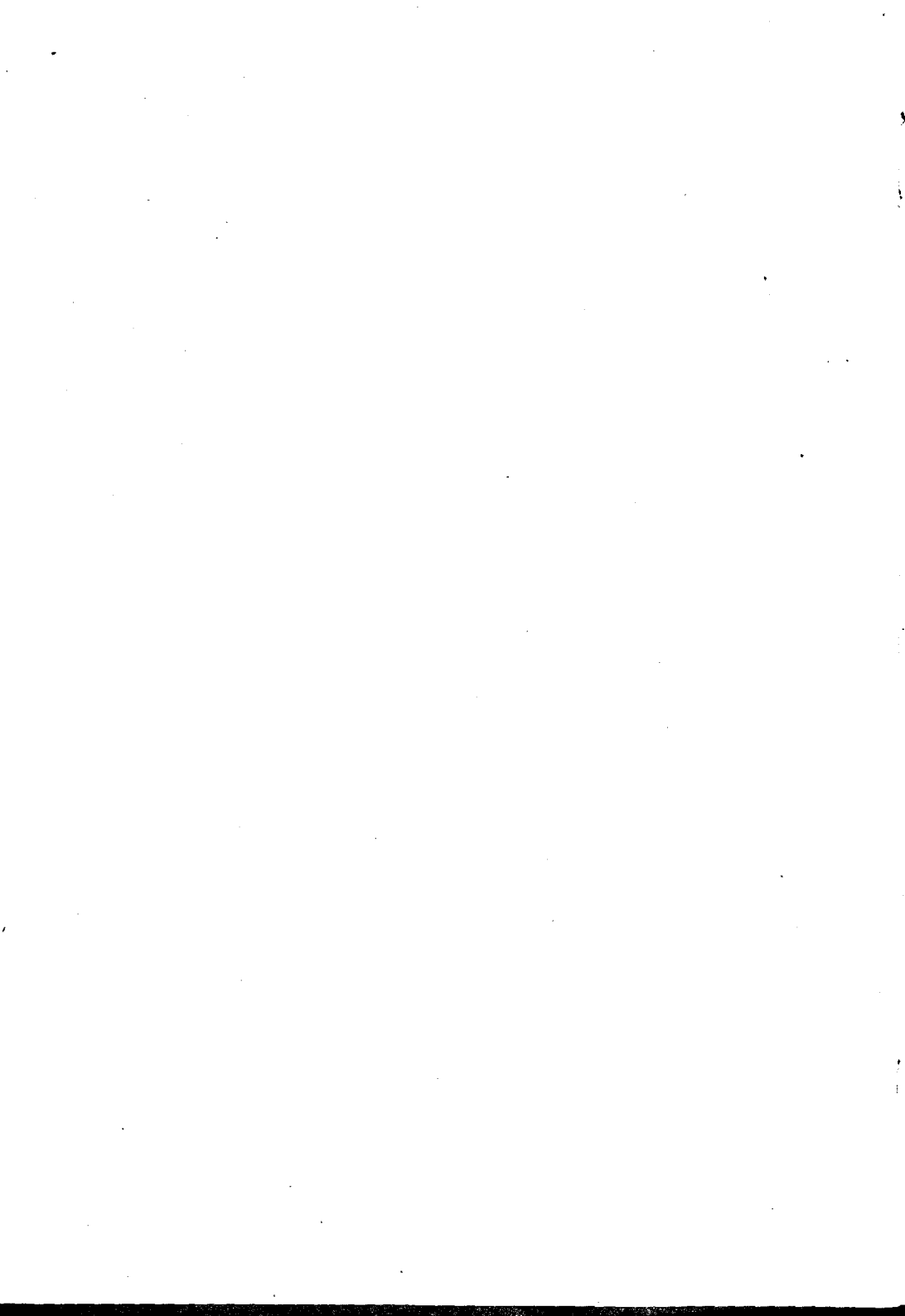


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1918

ARTRITIS BLENORRÁGICA



Año 1918

N. 3486

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Artritis Blenorragica

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SALVADOR J. PRAT

Practicante interno del Hospital San Isidro (1911-1912)

Practicante del Instituto Jenner (1913)

Practicante menor interno del Hospital Vecinal «Curapaligüe» (1913-1914)

Practicante mayor rentado del Hospital Vecinal «Curapaligüe» (1914-1916)

Practicante menor ad-honorem del Hospital Rivadavia (1914) (renunciado)

Practicante menor interno del Hospital Pedro Fiorito (1914-1915)

Practicante mayor rentado del Hospital Pedro Fiorito (1915-1917)

Practicante mayor rentado del Hospital Vecinal «Las Heras» (1916-1917)



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI - CORRIENTES 3151

1918

La Facultad no se hace solidaria de
opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la Facultad.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros Titulares

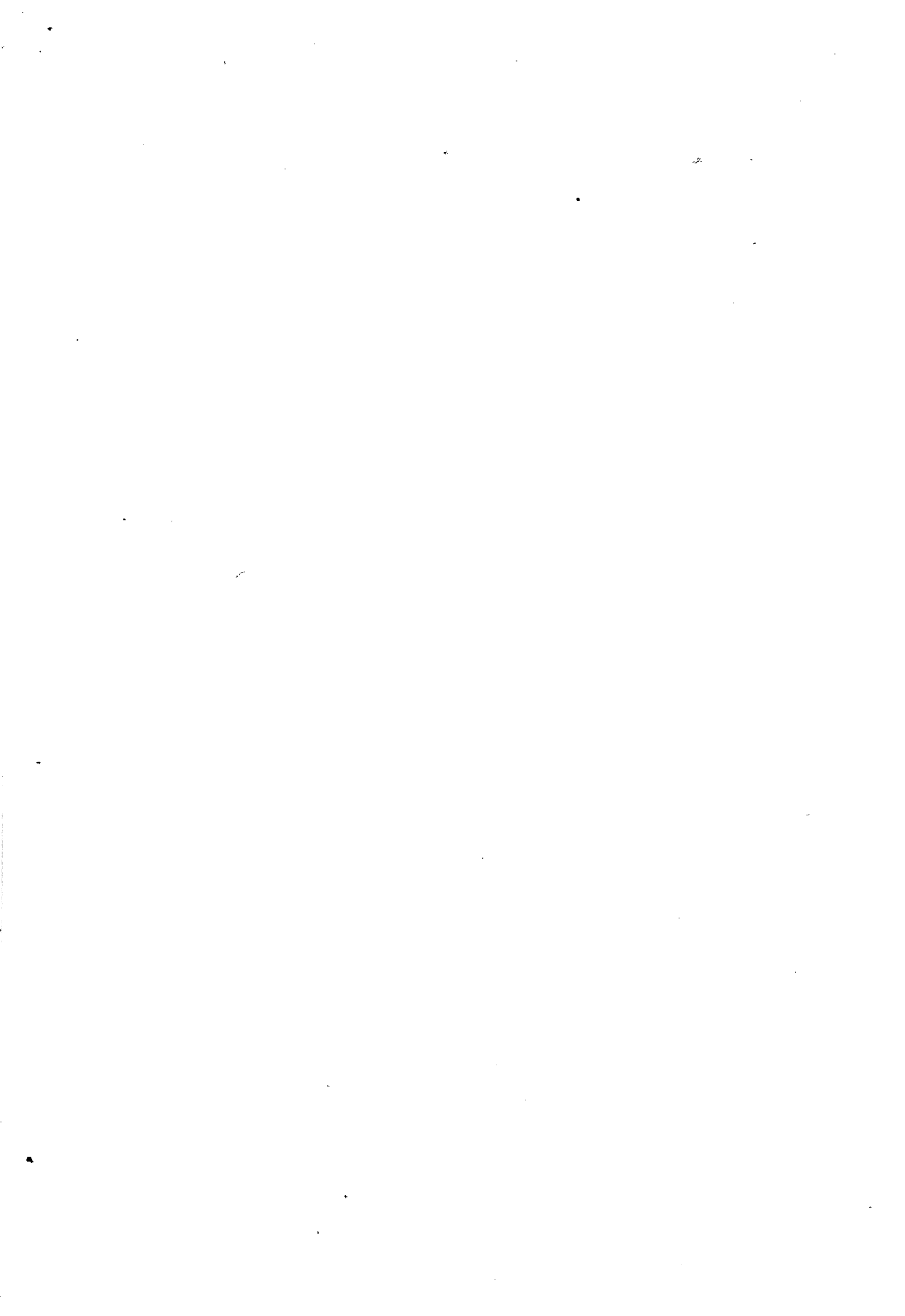
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSÉ PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRÁN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » EDUARDO OBEJERO
22. » » JOSÉ A. ESTEVES.
23. » » Vacante
24. » » Vacante

Secretario General

Vacante

Secretario

DR. D. DIÓGENES DECOUD



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSSINI
2. » » EMILIO H. CONI
3. » » OLHINDO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. DOMINGO CABRED

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

» » ELISEO CANTÓN

» » ANGEL M. CENTENO

» » DOMINGO CABRED

» » MARCIAL V. QUIROGA

» » JOSÉ ARCE

» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)

» » DANIEL J. CRANWELL

» » CARLOS MALBRÁN

» » JOSÉ F. MOLINARI

» » MIGUEL PUTGGARI

» » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)

» » FANOR VELARDE

» » IGNACIO ALLENDE

» » MARCELO VIÑAS

» » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

» » JUAN A. GABASTOF

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

- DR. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI
- » TELEMACO SUSINI



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos }	» GREGORIO ARÁOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» (VACANTE)
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dérmato-Sifilográfica.	» (Vacante).
Clínica Génito-urinaria.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORÁNS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» Vacante
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica.....	» Vacante
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedraticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología ".....	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNÁNDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa.....	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
Patología Interna.....	» RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica..	» ELISEO V. SEGURA
Clínica Neurológica.....	» MARIANO ALURRALDE
	» ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Pediátrica.....	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
Clínica Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA
	» BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica obstétrica.....	» ARTURO ENRÍQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
Clínica Ginecológica	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas

Zoología médica.....
Anatomía descriptiva
Fisiología general y humana
Bacteriología.....
Química Biológica.....
Higiene Médica
Semiología y ejercicios clínicos
Anatomía patológica
Anatomía topográfica.....
Materia médica y terapéutica
Medicina operatoria.....
Patología externa
Clinica dermató-sifilográfica
• Génito urinaria.....
• epidemiológica.....
• oftalmológica
• oto-rino-laringológica.....
Patología interna
Clinica quirúrgica
• Neurológica.....
• Médica
• pediátrica
• ginecológica.....
• obstétrica
Medicina legal.....
Clinica Psiquiátrica.....
Toxicología.....

Catedráticos sustitutos

DR. GUILLERMO SEEBER
• SILVIO E. PARODI
• EUGENIO GALLI
• JUAN JOSÉ CIRIO
• FRANCISCO ROPHILLE
• FRANK L. SOLER
• BERNARDO HOUSSAY
• RODOLFO RIVAROLA
• SALVADOR MAZZA
• BENJAMÍN GALARCE
• MANUEL V. CARBONELLI
• SANTIAGO M. COSTA
• CARLOS BONORINO UDAONDO
• ALFREDO VITON
• PEDRO J. HARDOY
• JOAQUÍN LLAMBIAS
• ANGEL H. ROFFO
• PEDRO ELIZALDE
• ANGEL F. SAN MARTÍN
• JOSÉ MORENO
• PEDRO CASTRO ESCALADA
• ENRIQUE PINOCHERITO
• FRANCISCO P. CASTRO
• CASTELFORT LUGONES
• ENRIQUE M. OLIVERI
• ALEJANDRO CEVALLOS
• NICOLÁS V. GRECO
• PEDRO L. BALINA
• JOAQUÍN PERVEIA
• FERNANDO R. TORRES
• FRANCISCO DESTÉFANO
• ANTONINO MARCO DEL PONT
• DANIEL THAMM
• ADOLFO NOCETTI
• RAÚL AEGASARAZ
• JUAN DE LA CRUZ CORREA
• MARTÍN CASTRO ESCALADA
• FELIPE J. BASAVILBASO
• ANTONIO R. ZAMBRINI
• ENRIQUE FERREIRA
• PEDRO LABAQUI
• LEONIDAS JORGE FACIO
• PABLO M. BARIARO
• EDUARDO MARIÑO
• ARMANDO R. MAROTTA
• LUIS A. TAMINI
• MIGUEL SUSSINI
• ROBERTO SOLÉ
• PEDRO CHUTRO
• JOSÉ M. JORGE (H.)
• OSCAR COPPELO
• ADOLFO F. LANDIVAR
• JORGE LEYRO DÍAZ
• ANTONIO F. CELESIA
• TOMÁS B. KENNY
• GUILLERMO VALDÉS (H.)
• VICENTE DIMITRI
• RÓMULO H. CHIAPPORI
• JUAN JOSÉ VITON
• PABLO J. MORSALINE
• RAFAEL A. BULERICH
• IGNACIO IMAZ
• PEDRO ESCUDERO
• MARIANO R. CASTEX
• PEDRO J. GARCÍA
• JOSÉ DESTÉFANO
• JUAN R. GOYENA
• JUAN JACOBO SPANGENBERG
• TULLIO MARTINI
• CÉSARDO PATINO MAYER
• GENARO SISTO
• PEDRO DE ELIZALDE
• FERNANDO SCHWEIZER
• JUAN CARLOS NAVARRO
• JAIME SALVADOR
• TORIBIO PICCARDO
• CARLOS R. CIRIO
• OSVALDO L. ROTTARO
• JULIO TRIBARNE
• CARLOS ALBERTO CASTAÑO
• PAUSTINO J. TRONGÉ
• JUAN B. GONZÁLEZ
• JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
• JUAN A. GABASTOU
• ENRIQUE A. BOERO
• JOSUÉ A. BERUTTI
• NICANOR PALACIOS COSTA
• VICTORIO MONTEVERDE
• JOAQUÍN V. GRECO
• JAVIER BRASDAN
• ANTONIO PODESTÁ
• AMABLE JONES
• ALFREDO BUZZO

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc..... DR. J. C. LLAMES MASSINI

Segundo año:

Parto fisiológico..... DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura..... DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas.....
Física farmacéutica.....
Química farmacéutica inorgánica...
Botánica y Micrografía vegetal....
Química farmacéutica orgánica.....
Técnica farmacéutica (1er curso)...
Higiene, Ética y Legislación.....
Química analítica general.....
Farmacognosia especial.....
Técnica farmacéutica (2º. curso)...

Catedráticos titulares

Dr. ANGEL GALLARDO
» JULIO J. GATTI
» MIGUEL PUIGGARI
» ADOLFO MUJICA
(Vacante)
» J. MANUEL IRIZAR
» RICARDO SCHATZ
» FRANCISCO P. LAVALLE
Sr. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Dr. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas

Zoología general— Anatomía y Fisiología comparadas.....
Física farmacéutica.....
Química farmacéutica inorgánica...
Botánica y Micrografía vegetal....
Química farmacéutica orgánica.....
Técnica farmacéutica.....
Química analítica general.....
Farmacognosia especial.....

Catedráticos sustitutos

Dr. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
» TOMÁS J. RUMI
» ANGEL SABATINI
» EMILIO M. FLORES
» ILDEFONSO C. VATTUONE
» PEDRO J. MÉSIGOS
Dr. LUIS GUGLIALMELLI
Sr. RICARDO ROCCATAGLIATA
» PASCUAL CORTI
» CLEOFÉ CROCCO
Dr. JUAN A. SANCHEZ
Sr. OSCAR MIALOCK

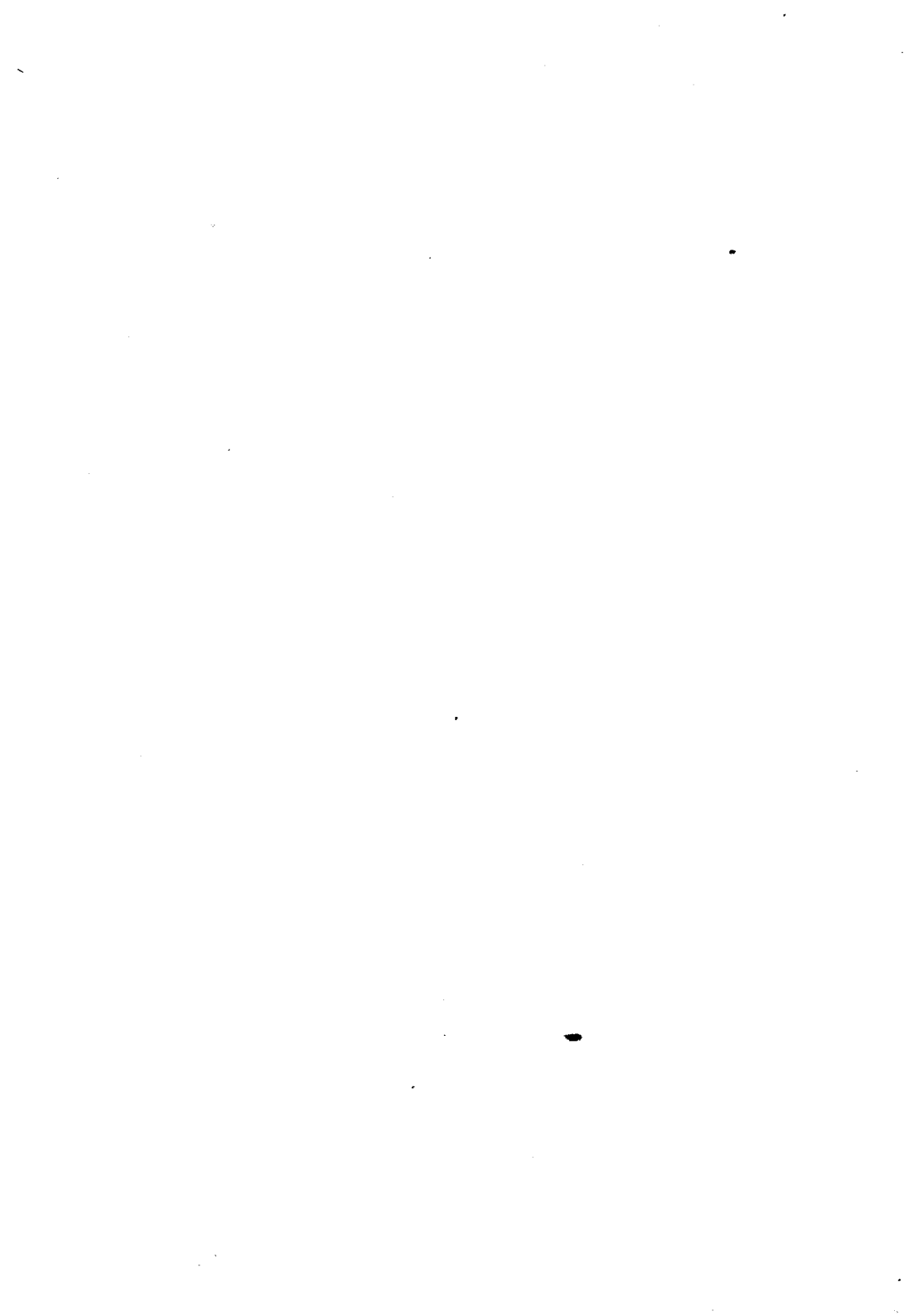
DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas

Complementos de Matemáticas.....
Mineralogía y Geología.....
Botánica (2. Curso) Bibliografía botánica argentina.....
Química analítica aplicada (Medicamentos).....
Química biológica.....
Química analítica aplicada (Bromatología).....
Física general.....
Bacteriología.....
Toxicología y Química legal.....

Catedráticos titulares

— —
— —
— —
Dr. JUAN A. SÁNCHEZ (supl. en ejercicio)
» PEDRO J. PANDO
— —
— —
» CARLOS MALBRÀN
» JUAN B. SEÑORÀN



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis dental	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Prótesis)
» CORIOLANO BREA (»)
» CIRO DURANTE AVELLANAL (1er. año)

PADRINO DE TESIS:

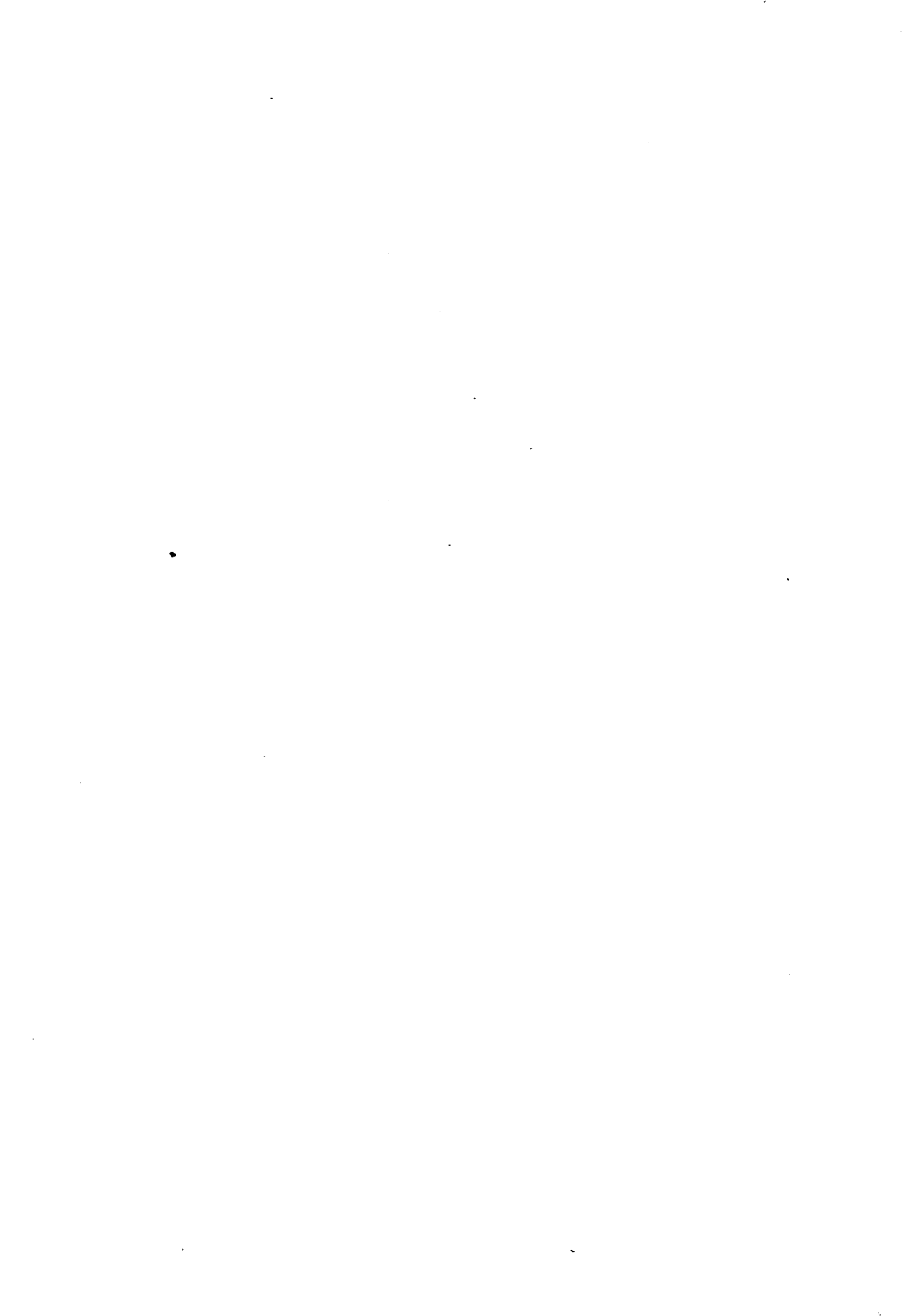
Dr. PEDRO GROPPPO

A MI MADRE

A MI PADRE

A MI ESPOSA

A MI HIJA



A MIS HERMANOS



A MIS COMPAÑEROS DE INTERNADO





CAPITULO I

Hasta el año 1884, en que Petrone y Kammerer constataron la presencia del gonococo en las articulaciones enfermas, los autores habían emitido diversas hipótesis a los efectos de explicar el origen del reumatismo blenorragico. Al descubrir Neisser, en 1879, el micrococo causante de la blenorragia, dió el paso definitivo que había de conducir a las investigaciones de Kammerer y Petrone, confirmadas posteriormente con resultados satisfactorios. Sin embargo, pasó algún tiempo antes de que los autores se pusieran de acuerdo, pues no faltaron los que pusieron en duda la veracidad de las investigaciones de Petrone y Kammerer, entre otros, Ehrlich. Esto se debía a que el gonococo no siempre se encuentra en las articulaciones afectadas; muchas veces su existencia en ellas es efímera y pasa desapercibida o desaparece entre los piógenos que infectan secundariamente la articulación.

Para algunos autores, la artritis resultaría de la presencia de productos bacterianos, de verdaderas toxinas gonocócicas, y ello explicaría el hecho de que algunos experimentadores, a pesar de concienzudas investigaciones, no hayan encontrado el gonococo en las articulaciones.

Las artritis gonocócicas se desarrollan durante cualquier período de la blenorragia, pudiendo originarse aún en enfermos atacados de conjuntivitis blenorragica, vale decir, que no es absolutamente necesaria la uretritis.

Más común en el hombre que en la mujer, la artritis no respeta ninguna articulación, pudiendo desarrollarse en cualquiera del organismo, siendo las atacadas con más frecuencia, la rodilla, la tibia tarsiana, las pequeñas articulaciones de los dedos, la coxo-femoral, la radio carpiana, del hombro y del codo.

Porqué siendo tan frecuente la blenorragia no lo son sus complicaciones articulares, como ya lo observó Brun? Esto es difícil de explicar, pero el hecho es real; posiblemente la tendencia individual al artritismo juega un rol importante, así como también aquellas que conducen al organismo a un estado de menor resistencia.

CAPITULO II

La artritis gonocócica se efectúa por vía hematógena y de aquí que su localización pueda llevarse a cabo en las articulaciones más distantes del foco primitivo.

En la articulación atacada no se limita a la sinovial, vertiendo sus productos purulentos en la cavidad articular, sino que los tejidos para-articulares son lesionados también. Además, — y esto es lo que da más gravedad a la lesión, — el cartílago articular es destruido por degeneración grasa y fusión de la substancia cartilaginosa, pudiendo llegar a destacarse íntegro.

La infección puede propagarse al hueso, formándose secuestros, de todo lo cual resulta la anquilosis en posiciones viciosas, generalmente propias de cada articulación.

La reconstitución de la articulación, librada la enfermedad a su propia evolución, no se obtiene sino por anquilosis, siendo ésta favorecida por la destrucción del cartílago y el proceso de osteítis fibrosa consiguiente.

Las sinoviales son atacadas por vía hematógica, como se ha dicho, produciéndose un ligero derrame, que puede llegar a ser muy abundante, con síntomas inflamatorios.

El líquido derramado en la articulación contiene abundante fibrina, de color amarillo oscuro, turbio y de reacción alcalina; abundan los polinucleares, siendo difícil constatar los gonococos. Los bacterios de la supuración se encuentran en el líquido derramado, siendo el estafilococo el que se halla con más frecuencia. El epitelio de la serosa se descama, siendo estas lesiones poco características.

La artritis blenorragica puede presentarse bajo dos formas generales: benignas o graves. Esta distinción no es absoluta, pues las primeras pueden evolucionar hacia las segundas sin que se pueda prever si un derrame fibrinoso que empieza en una articulación va a sufrir la transformación purulenta y convertir una hidartrosis en una artritis anquilosante grave.

Según la intensidad y naturaleza de las lesiones articulares, los autores clasifican las diversas formas de artritis blenorragicas, en:

Artralgias, hidartrosis, poliartitritis subaguda, monoartritis aguda, artritis plástica anquilosante y pioartrosis o artritis purulenta.

En la artralgia, la o las articulaciones afectadas, puesto que pueden serlo varias, el dolor puede ser de diversa intensidad, desde ligero y tolerable hasta los de mayor sufrimiento. Los movimientos articulares se

hallan obstaculizados, pero no hay impotencia funcional. Esta artritis que es debida a una sinovitis subaguda, puede existir al mismo tiempo que en otras articulaciones se desarrollen formas diferentes.

La hidartrosis se caracteriza por la abundancia del derrame; éste es de un color amarillo oscuro, alcalino, sin mucina, a menudo turbio, pudiendo sufrir la transformación purulenta. Los polinucleares abundan en el derrame. La articulación de la rodilla es la que se halla afectada con más frecuencia, y fué en ella que Swediaur hizo el descubrimiento del reumatismo blenorragico. En su evolución, lenta e insidiosa, se pueden desarrollar períodos agudos, acompañados de los síntomas generales inflamatorios caracterizados por el dolor, tumefacción y fiebre.

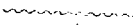
La poliartritis subaguda blenorragica, tiene muchos puntos de contacto con el reumatismo y es con la enfermedad que se presta a mayores confusiones. El estado general del enfermo es rápidamente alterado, notándose un enflaquecimiento marcado; la fiebre y los dolores articulares dominan el cuadro: generalmente dos o tres articulaciones se hallan tomadas. La enfermedad, una vez localizada, no tiene tendencia a generalizarse, sino que, por el contrario, se caracteriza por su fijeza en las articulaciones atacadas.

La monoartritis aguda tiene su sitio de predilección en la rodilla, el codo y la muñeca; se caracteriza por la intensidad de los dolores espontáneos o provocados. El derrame no es abundante, aunque de un carácter

flemonoso; en cambio, las partes vecinas a la inflamación articular están edematosas, siendo por consiguiente la deformidad muy notable. La impotencia funcional es absoluta. Esta forma de artritis es grave por las consecuencias que trae al miembro enfermo.

La artritis plástica anquilosante es, se puede decir, la continuación de la forma anterior; se caracteriza por su cronicidad; los derrames articulares se reabsorben, los exudados intra-articulares se organizan y la anquilosis queda establecida. La impotencia funcional no queda localizada a la articulación, sino que se extiende a todo el miembro, pues la atrofia muscular es rápida.

La pioartrosis es una verdadera septicemia gonocócica, con muchos puntos de contacto — como dice Saenger — con la infección purulenta puerperal. Maclaure dice que se trata de una infección purulenta de forma articular. Esta artritis es de las más graves, por cuanto se han señalado casos mortales, pero aún sin llegar a estos extremos, la anquilosis es su consecuencia fatal.



CAPITULO III

El tratamiento de la artritis blenorragica simple, sea cualquiera su forma, es uno sólo: tratamiento médico por vacunas.

Hemos pasado revista a las distintas formas que reviste la enfermedad, y trataremos primeramente las lesiones simples, sin complicaciones y de carácter agudo, para después ocuparnos de las variedades de artritis complicadas.

En una lesión articular que se presenta en su faz aguda, hay tres síntomas generales que combatir: 1.º: dolor; 2.º: tumefacción, y 3.º: temperatura. De estos tres síntomas, los dos primeros son locales y el último general; se combaten perfectamente con las distintas clases de vacuna de uso en la práctica diaria, sea cualquiera su procedencia.

Naturalmente que el coadyuvante obligado del tratamiento vacunoterápico es el reposo y la colocación

del miembro en buena posición, aún a riesgo de que se tenga que hacer sufrir al enfermo. Y digo buena posición, sobre todo en las lesiones de rodilla, por la tendencia que tiene el enfermo a colocar su rodilla en ángulo recto, llegando algunos enfermos — como bien se sabe — a adquirir una anquilosis perfecta.

No está demás que se repita e insista sobre esto: hay lesiones articulares de codo y de rodilla, de origen gonocócico que duran más de un mes de cama y, adquirida la posición viciosa, nos encontramos con una nueva lesión a tratar.

Llegan así estos enfermos a los servicios de cirugía, con anquilosis en ángulo, que es detestable para la rodilla y con lesiones de codo, debido a las posiciones dadas. ¿Cuál es la causa de estas anquilosis?

No todas las lesiones articulares de origen gonocócico se presentan con idénticos procesos; las hay desde las simples artritis con ligeras temperaturas y escasa reacción local hasta las lesiones que hemos descrito antes, y desde luego el curso de la enfermedad no puede ser el mismo.

En cuanto a las lesiones complicadas, por así decir, esto es, a las que se agrega un nuevo germen de infección — que lo más común es que se trate de un agente que tienda a la supuración, como hemos dicho, — entonces el tratamiento varía, la vacunoterapia debe dar paso al bisturí del cirujano, para dar salida al pus, generalmente a estafilococcus, a los cuales ninguna vacuna específica les produce efecto.

Baste decir que es la excepción en la práctica hallar estos casos, al punto que el agente causal — el gonococo — pasa desapercibido en la mayoría de los casos; por otra parte, solo una paciente investigación del pus podría hacer que se hallaran gonococos y aún en escasa cantidad; el cuadro y los síntomas están plenamente ocupados por la pío-artritis.

Como complicación ya hemos visto que no es la común; sus indicaciones y técnica operatoria la haremos al final.

De modo que en presencia de una lesión artrítica gonocócica debe hacerse el tratamiento que llamaremos específico; recordaremos de paso las clases más usuales de vacuna que en la práctica diaria tendremos a nuestro alcance.





CAPITULO IV

Vacunas gonocócicas

El verdadero y único inventor de este procedimiento fué Pasteur, quien hizo el tratamiento de la rabia con emulsión de virus atenuado, con la diferencia que él trataba de evitar una enfermedad y hoy se trata de una lesión ya inoculada y desarrollada.

Sobre las vacunas gonocócicas diremos solamente dos palabras, ya que se trata de un asunto sumamente debatido y que aún no ha sido aclarado totalmente.

Sea cualquiera el procedimiento, lo que se inyecta son distintos agentes bacterianos específicos que producen en el organismo una reacción tal, que activan las defensas naturales contra los agentes de la enfermedad.

Cada autor explica su teoría, deduciendo generalmente conclusiones de los hechos prácticos, pero basta la discusión anterior para comprender la diferencia con lo que es un suero.

Bien; si por vacuna se entiende la inyección de un cuerpo basteriano o parte de él, veamos cuáles son las principales.

Wright fué el iniciador de este asunto y el creador de lo que se llama opsoninas, y el que, en compañía de Douglas, hizo publicaciones tan interesantes al respecto.

Para ir resumiendo en pocas palabras, las opsoninas son las verdaderas defensas orgánicas, pues la acción fagocitaria es nula o muy difícil de llevarse a cabo si los bacterios no están sensibilizados, o — más prácticamente — debilitadas sus defensas contra los fagocitos. De modo que un fagocito que sólo puede atacar y mover 10 bacterios no sensibilizados con una opsonina específica, con ella el mismo fagocito destruiría 500.

Para Wright son anticuerpos las antitoxinas, aglutininas, etc., pero su acción es preparadora para la fagocitosis; en una palabra, el autor acepta que el fagocito es el elemento destructor por excelencia, es el agente microbiano.

No es de nuestro interés repetir e insistir sobre cuestiones como son éstas, de laboratorio, problemas que aún no se han aclarado completamente; bástenos decir que cada autor es un cultor de sus hechos, tratando de subordinar en muchos casos los hechos a la teoría.

Para que estas opsoninas se produzcan en cantidades en el organismo, ¿qué se debe hacer? Inyectar la vacuna.

Para Wright tiene gran importancia conocer el índice opsónico del enfermo; baste decir que para él es el factor capital que marca la marcha de la enfermedad, al punto que el índice opsónico más alto estaría representado en el momento de la lucha mayor.

De modo que el índice opsónico sirve para deducir si el enfermo está sí o no infectado. Un suero de índice normal no significa que el enfermo no esté infectado, pero un índice opsónico bajo, repetido, dice que hay infección.

Tan es así, que se han descubierto casos en los que una infección dada puede permanecer en foco, presentando índice opsónico normal, pero en cuanto este foco se abre de cualquier modo el índice opsónico específico aparece.

Marcha paralela con la importancia diagnóstica la pronóstica, pues así sostienen que un alto índice opsónico marca una buena defensa orgánica.

Muchos procedimientos de vacunas se han ideado para probar esta producción de opsoninas; Reiterer, usa dosis pequeñas: 5.000.000 para no llegar a lo que se llama faz negativa que se obtendría si inyectáramos 50.000.000 de una vez, para después alcanzar la faz positiva.

Si se repitiera la suma de faeces negativas vendría una ausencia de inmunidad.

Pero estos hechos no es posible aceptarlos de lleno en la práctica, y es por eso que hay quienes nieguen en absoluto la faz negativa.

Nosotros hemos usado mucho las vacunas por bacterios muertos por el éter, con buen resultado.

Y sin citar nada más que a Diculafoy, que fué el que con más entusiasmo emprendió el estudio e investigación de este asunto, omitiremos nombres de autores, por ser muchos los que se han dedicado a su estudio.

La idea de las opsoninas creó entonces el principio de la vacunoterapia, ya fuera con bacterias más o menos sensibilizadas o no. Pero se demostró que no siendo necesario el agente inmunizante habría de serlo un organismo vivo; se trabajó entonces con el producto de los bacterios; de los filtrados bacterianos se pasó a las emulsiones, y de aquí Lustig y Galeoti, en 1895, imaginan los núcleo-proteídos, que son sustancias idénticas a las que hay en el protoplasma animal.

Se preparan generalmente tratando los cultivos en medios sólidos por una solución de potasa y neutralizada con un ácido para precipitar el núcleo-proteído, el cual desecado se puede emplear en cualquier momento en solución acuosa. ¿Qué propiedades tiene? Son específicas y siendo de un poder inmunizante activo, se pensó que aplicándoles la teoría de Wright servirían para formar defensas orgánicas.

Según Marotta, Dessy y Grapiolo fueron los primeros que aplicaron la nucleoproteidoterapia en el hombre, con fines curativos, en las complicaciones articulares de la gonococia.

El primer núcleo-proteído que extrajo Lustig, fué el del vibrión colérico, en 1896; después de esto comen-

zó con otros bacterios hasta llegar a obtener el del tifus, y como hemos dicho, entre nosotros, Dessy y Grapiolo el del gonococo.

La acción de este núcleo proteído es muy variada y curiosa, al punto que, inyectando dentro de las venas una cantidad de núcleo proteína en un conejo, se produce la muerte por coagulación de la sangre; es lo que pasa cuando se dan inyecciones de núcleo proteína intravenosas, la tensión cardíaca pasa a destruir pequeñas trombas capilares. Si esta inyección se practica por vía intramuscular o hipodérmica, nada de esto ocurre.

También tiene el núcleo proteído una acción pirogógica y otra estimulante, al punto que el descenso de la fiebre es muy marcado y el aumento de los órganos linfáticos también.

Muchas y grandes son las ventajas del núcleo proteído, en general como acción inmunizadora, pues se sabe bien — después de los estudios de Lustig y Galeoti — que la inmunidad activa aparece a los dos días, por los estudios hechos con inyecciones que se efectuaron en ellos mismos con la núcleoproteína pestosa.

La ventaja que también presenta el núcleo proteído es que se puede guardar estéril, pues es algo bactericida. A más, tiene la ventaja de que como se emulsiona en potasa, no se inyecta elemento cultural, que puede ser nocivo al organismo, como así también la acción que deben ejercer los elementos de la sangre sobre ellos es mucho más fácil y rápida que si se tuvie-

ra que tratar sobre el bacterio en emulsión o vivo, que tiene en último grado que digerirlo para accionar.

Un maestro argentino, el doctor Méndez, basado en la teoría que le es propia, ha llegado a conclusiones que, llevadas a la práctica, han creado la vacuna llamada *Gono*, tanto para la fiebre tifoidea, como para la neumonia, la difteria como para el gonococo.

Repetir aquí su teoría sería largo enumerar; se basa en las defensas orgánicas a base de las haptinas, en el ataque que hacen al organismo la presencia de lysin.

Baste decir que el autor, basándose en esos hechos, ha presentado a la práctica diaria un remedio que es útil y que tiene idéntica propiedad e indicaciones que las vacunas, siendo su fabricación un secreto del autor, lo que hace pensar, no obstante, que sean emulsiones bacterianas sensibilizadas.

A pesar de que la anafilaxia sérica es tan específica como la seroterapia misma, se ha iniciado hace tiempo el tratamiento de ciertas afecciones por hetero-vacunas, y el comienzo por Krauss y Maggi, que lo hicieron usando el coli muerto por el procedimiento de Vincent para combatir ciertas afecciones de septicemias puerperales, no ha prosperado mayormente y sus estudios se han detenido.

En suma, cualquiera que sea la vacuna aceptada, resumimos, que para el tratamiento de las artritis de origen blenorragico, el uso de las vacunas es el procedimiento de elección, y debemos elegir entre:

- 1.º Proto-nucleína.
- 2.º Vacunas sensibilizadas tipo Bereska.
- 3.º Vacunas hechas a base de gonococos muertos, tipo Gonarcina.
- 4.º Vacunas de Nicolle.
- 5.º Gono Méndez.

De la primera ya hemos hablado al comentar la acción general de las vacunas; su uso se hace en la práctica comenzando con dosis de 0.001 a 0.002, esto es 1 o 1½ ampolla, que se hace subcutánea de preferencia. Trac algunas veces reacción local dolorosa y elevación de la temperatura, que impedirá su repetición inmediata; esta reacción local dura 2 o 3 días, pero si se repite a la 2.ª inyección es mucho menos intensa que en la primera.

En general, las inyecciones de núcleo-proteína no alarman en ningún caso.

El tipo de vacuna sensibilizada de Bereska que Cruveilhier ha usado en muchos casos, empleando gonococos vivos pero sensibilizados o bien estafilococos o estreptococos, ha dado resultados muy halagadores, y utilizan en sus inyecciones de 5 a 10 millones de gérmenes por inyección. Cruveilhier asegura la inutilidad de la vacuna autógena y se decide a usar los cultivos de laboratorio, lo que se llama stock-cultivos de los autores ingleses. La inyección de esta clase de vacunas no es seguida de reacción general de importancia; algunos enfermos acusan, sin embargo, una ligera elevación de la temperatura en la noche que sigue a la in-

yección. Ya en las 24 horas siguientes, se nota una atenuación en los síntomas y los enfermos que han recibido 2 o 3 inyecciones ya no tienen ningún síntoma de recaída.

Para dicho autor los estudios no se han detenido, al punto de que en otros casos de reumatismo blenorragico crónicos que eran difíciles de curar, han dado resultados admirables con 3 ó 4 inyecciones. Dopfer, Netter y otros autores, se muestran entusiastas por esta clase de vacunas.

Las vacunas a base de bacterios muertos, ya sea por el calor o por el éter y que no interesan que sean sensibilizadas o no, son las más inocuas y las de uso más común. En Alemania se llama Gonarcina; entre nosotros el Departamento Nacional de Higiene prepara una, de gonococos de muchas razas, de buena actividad y que se dosa a 50 o 100 millones por centímetro cúbico. Nosotros hemos usado este tipo de vacuna, preparada en el laboratorio del hospital, con gonococos muertos por éter y suspendidos en solución fisiológica; inyectamos de 100 a 300 millones por vez, con excelentes resultados, no habiendo tenido reacción general ni elevación de temperatura, aún cuando ella fuera de vieja preparación. Generalmente no la usamos más de una vez después de preparada.

En Alemania hay la tendencia de hacer en una inyección dosis máximas, al punto de que la vacuna se expende en ampollas de dosis crecientes de 100 a 1000 millones.

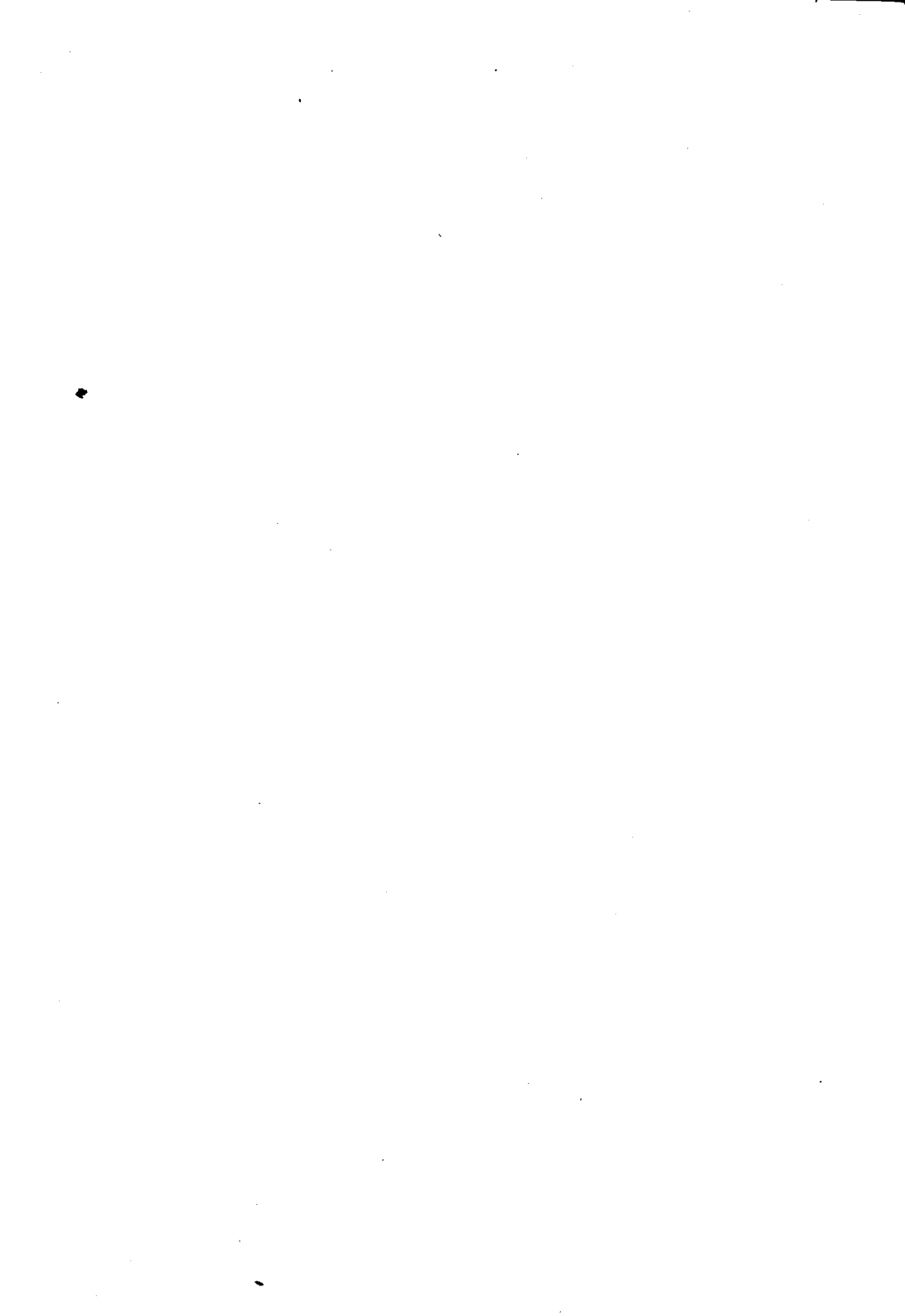
Con el título de vacuna de Dnigon o de Nicolle, en el Instituto Pasteur de Tunes, se expenden ampollas de un centímetro cúbico conteniendo una concentración de bacterios muertos, en polvo, que se solubilizan en suero fisiológico y después se inyectan.

Finalmente, en Norte América, se usan mucho los filocógenos, que son filtrados bacterianos mixtos, a base de gonococos, extreptos, estafilos, etc.

El *Haptinógeno Gono Méndez*, mantiénese secreta su preparación, pero probablemente debe ser un preparado a base de estos principios generales.

¿Cuál es la mejor preparación?

Todas son buenas y ninguna tiene una contraindicación absoluta; baste decir que hay la tendencia de abandonar las vacunas sensibilizadas a bacterios vivos y que aquéllas a base de gonococos muertos y la núcleo-proteína son las mejores, conjuntamente con el Haptinógeno gono Méndez.



CAPITULO V

Pocos son los casos en que el proceso pasa al estado crónico y, cuando así lo hace, es que la lesión ha invadido ya muchas articulaciones y se ha convertido en un verdadero reumatismo blenorragico; en estos casos, lo que realmente ocurre es que el cambio de vacuna da buenos resultados; pero, desgraciadamente, también sucede y con frecuencia, que el enfermo no mejore con ninguna y que la enfermedad adquiera una forma crónica.

A veces estas lesiones tienden, con el andar del tiempo, a localizarse en una articulación y posteriormente la lesión se complica.

También se ha hecho como tratamiento de ensayo, con halagadores resultados, la inyección de suero antimeningocócico, basado en los estudios de autores de reputación, que sostienen que el gonococo y el meningococo son el mismo bacterio. Krakap, de Budapest, en

1911, ha publicado varios casos de complicaciones blenorragicas curadas por ese procedimiento, pero el autor no ha tenido la constancia que esta clase de investigaciones demandan y el hecho ha quedado en esos ensayos.

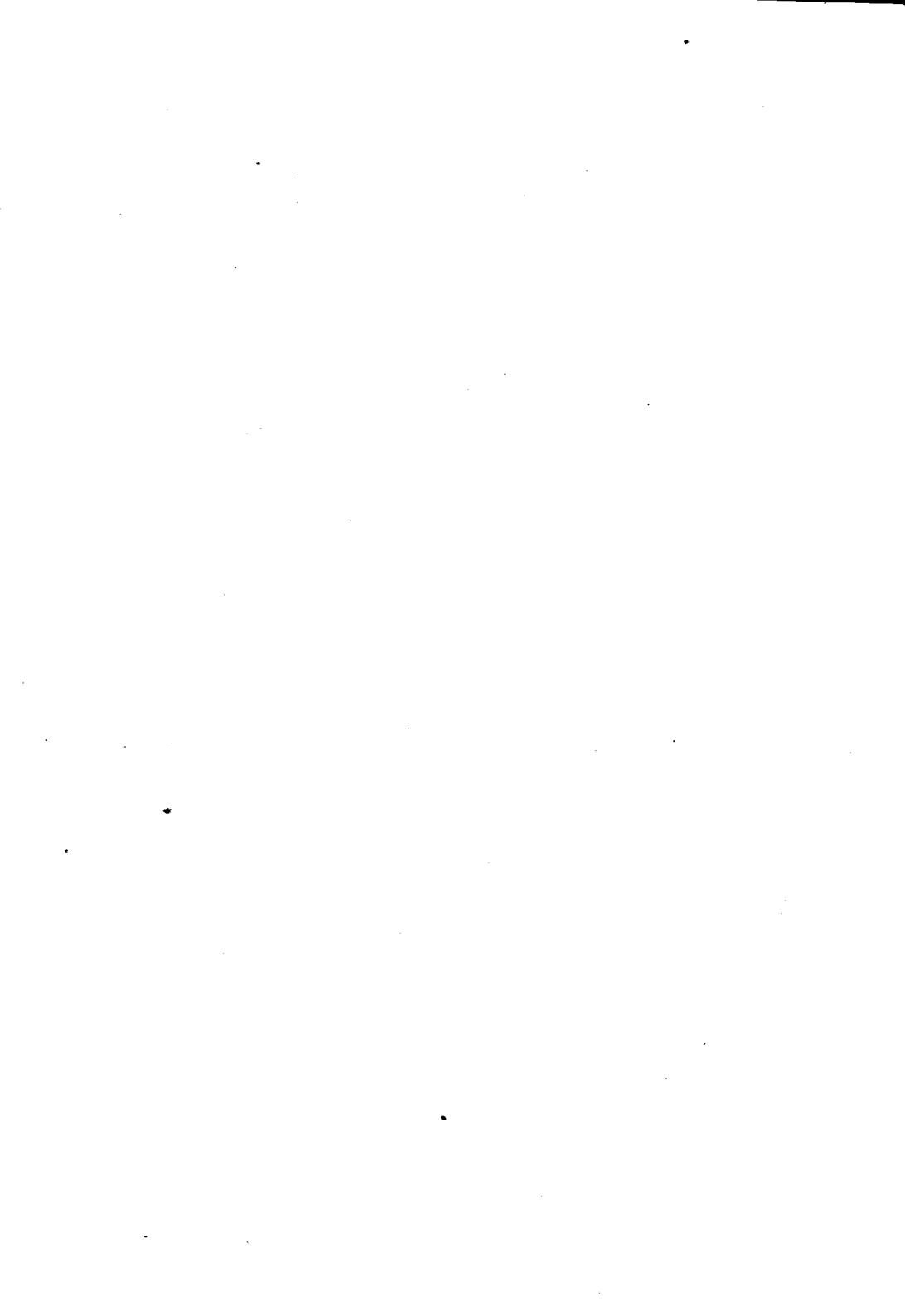
Se han usado también, en casos rebeldes, los metales en estado coloidal, solos o asociados a las vacunas, pero los resultados no han sido de gran éxito. En el tratamiento de elección, antes del uso de las vacunas, ha habido quien ha hecho tratamiento local, inyectando pequeñas cantidades de electrargol dentro de la articulación.

Pero, en definitiva, el hecho positivo y práctico, de rápida aplicación, es el tratamiento por vacunas.

En cuanto a las complicaciones, ya hemos dicho que requieren las indicaciones del caso, al punto de que la punción de la articulación, sobre todo de la rodilla, se hace y debe hacerse cuando, desaparecidos todos los síntomas, dolores, temperatura, etc., queda el líquido sin reabsorberse, haciendo esa punción con todos los cuidados posibles para evitar una infección asociada.

La anquilosis por infección gonocócica es muy común; menos mal cuando queda el miembro en una posición que no resulte viciosa, pues es conocido el hecho que existe la tendencia de hacer un gran centro de adherencias que tiene esta lesión; es por eso que el masaje debe ser precoz, siempre que no existan mayores síntomas y que no haya derrames, porque en tal caso habría causa para que la lesión se recrudeciera.

Las artritis en posición viciosa, requieren las rupturas de las adherencias, bajo anestesia o bien una artrectomía, dejando la elección del procedimiento al criterio del cirujano. Baste decir que los primeros casos de artrectomía con interposición de serosa intervenidos — que han sido los precursores del gran método de Murphy — lo han sido por Tuffier, en un caso de artritis blenorragica de rodilla y otro de codo, con buenos resultados.



CAPITULO VI

Observaciones clínicas

N. N., argentino, 18 años de edad, de profesión jornalero. Ingresa al servicio del Hospital Fiorito, el 3 de Julio de 1915.

Hace 20 días que ha contraído la primer enfermedad venérea, una blénorragia que, por consejos profanos, ha dejado que su flujo aumentara durante 10 días; después de dicho tiempo ha empezado a usar cápsulas de sándalo. Un farmacéutico le receta unas inyecciones uretrales de sulfato de cinc, que usó hasta su ingreso a este hospital.

Hace cuatro días que comenzó a sentir en su muñeca derecha un ligero dolor cuando hacía cualquier movimiento, que ha ido en aumento hasta llegar a la impotencia funcional completa, siendo sus dolores sumamente fuertes, aún en el reposo más completo; tan

intensos han sido que el enfermo no toleraba siquiera el roce de las sábanas de la cama. En este estado y con gran tumefacción local, temperatura de $38\frac{1}{2}$ y su derrame uretral ingresa al servicio.

El día de su ingreso se le inyecta una ampolla de núcleo-proteína intramuscular, que no produce mayor reacción; a las 24 horas la temperatura es de $37\frac{1}{2}$, el dolor ha disminuído; la tumefacción es igual. A los dos días se repite la inyección, descende la temperatura, pero aún a las 24 horas persiste el dolor, aunque con menos intensidad. Se hace otra inyección a los cuatro días y ya los dolores van en franca disminución, hasta desaparecer por completo a los 16 días. Durante este tiempo el enfermo no tuvo flujo uretral, pero a partir de él comienza un pequeño derrame que va en aumento y en el cual se hallan gonococos. Se hace tratamiento indicado y se le da de alta, habiendo comenzado el masaje el primero de Agosto, un mes después de su ingreso. Hay una ligera anquilosis que se corregirá con el tiempo.

N. N., argentino, 36 años. Ingresa al mismo servicio en Enero de 1916.

Llega al hospital después de haber sido ya tratado en una clínica particular de su afección, que es una artritis blenorragica de rodilla, con gran derrame. 15 días antes de su ingreso a este hospital se le empezó a hinchar, coincidiendo con ello la desaparición de su flujo uretral. Llamó a un médico el que le indicó tratamiento antirreumático; la articulación siguió hinchándose y siendo sus dolores muy intensos; ha tenido una temperatura constante de 39°,6.

A los cinco días de iniciado el tratamiento, el médico se lo sustituyó por uno más apropiado, puntas de fuego e inyección de gono. Le hizo tres inyecciones en el espacio de ocho días, sin que se obtuviera más resultado que un poco de descenso de la temperatura y una ligera disminución de sus dolores.

Ingres a este servicio con 39° de fiebre; rodilla tumefacta y llena de líquido; muy dolorosa. Como el enfermo ya había recibido tres inyecciones de gono, se

pensó en inyectarle una vacuna sensibilizada que se usa en el servicio, preparada en el laboratorio del hospital, la que se ha experimentado con buen resultado; está dosada a 100 millones por c3. y es una vacuna que generalmente no se tiene más de un mes después de su preparación para evitar las reacciones locales y generales que hemos tenido con las vacunas viejas.

Se inyecta el primer día 2 cent. cúbicos y se repite a las 48 horas otra de 3 y, con el mismo espacio de tiempo, se le inyecta otra de la misma cantidad. A partir de la segunda inyección la temperatura comienza a descender a 38° y los dolores disminuyen; a los cinco días después se hace otra inyección de 3 cent. cúbicos y se repite la misma cantidad a los diez días, habiendo descendido completamente la fiebre, quedando solamente una ligera cantidad de líquido en la rodilla que tiende a desaparecer; no tiene dolores. Pide su alta en Febrero 10.

Hay anquilosis de la rodilla, bastante flujo uretral.

N. N., español, 26 años, empleado. Ingresó en Septiembre de 1914.

Hace dos años que con intermitencias padece de una blenorragia que la trata durante un tiempo y que luego abandona, sin llegar nunca a un período de más de dos o tres meses sin que tenga episodios agudos.

Hace un mes próximamente que su blenorragia se halla en plena actividad, con ardores a la micción y mucho flujo.

Desde 4 días atrás tiene dolores agudos en su articulación de cadera izquierda, los cuales han sido lentos al principio, aumentando más tarde hasta llegar al estado de impotencia funcional completa; su flujo uretral ha desaparecido.

No entramos en detalles clínicos, para abreviar: llegamos al diagnóstico de artritis blenorragica aguda. El día de su ingreso se le hace una inyección de Gono "Méndez", la cual hace que descienda la temperatura a las 24 horas y que sus dolores cesen. Pero a los 4 días

comienza nuevamente la temperatura a ascender a 37 1|2, habiendo un poco de dolor, sobre todo a la noche; no hay tumefacción local y lo que más duele al enfermo son los movimientos de su miembro enfermo, lo cual hace necesaria una nueva inyección seis días después de su ingreso. A las 48 horas la temperatura es de 37° y no hay dolores; aparece un poco de flujo uretral que desde el día de su ingreso a este hospital había desaparecido.

El enfermo, a los 15 días de su ingreso al servicio, ya puede caminar y solicita su alta: se le aconseja tratar su blenorragia.

Buenos Aires. Agosto 1° de 1918

Nómbrese al señor Consejero Dr. José Arce, al profesor extraordinario Dr. Francisco Llobet y al profesor suplente Dr. Alfredo A. Bullrich, para que, constituidos en comisión revisora dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el art. 4° de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.

Buenos Aires. Agosto 20 de 1918.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3486 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. CANTÓN.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Acción y resultados del Gono Méndez.

José Arce.

II

Acción y resultados del suero antimeningocócico en el tratamiento de las poli-artritis gonocócicas.

Francisco Llobet.

III

Endocarditis a gonococos.

Rafael A. Bullrich.



