63 63

AÑO 1906 Nº. 1651

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Tratamiento de la Artritis Blenorrágica

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN VIAGGIO

Ex-practicante mayor interno del Hospital Pirovano

"LA CIENCIA MÉDICA"

Libreria y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1906

Tratamiento
de la Artritis Blenorrágica

AÑO 1906 N°. 1651

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS

Tratamiento de la Artritis Blenorrágica

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JUAN VIAGGIO

Ex-practicante mayor interno del Hospital Pirovano

"LA CIENCIA MÉDICA"

Librería y Casa Editora de ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA 2080

BUENOS AIRES

1906

Art. 162 del Reglamento de la Facultad.---La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

Dr. D. Eliseo Cantón

Vice Decano

Dr. D. José Penna

Concejeros

Dr. D. Eufemio Uballes (con lic.)
» » Pedro N. Arata
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Cantón
» » Enrique Bazterrica
» » Antonio C. Gandolfo
» » José M. Ramos Mejía
» » Juan A. Boeri (supl.)
» » Baldomero Sommer
» » Gregorio Araoz Alfaro
» » Abel Ayerza
» » José R. Semprun
» » Jaime R. Costa

Honorarios

Dr. D. Eduardo Wilde
» » Martín Spuch
» » Telémaco Susini
» » Emilio R. Coni
» » Juan R. Fernández

Secretarios

Dr. D. Ricardo S. Gómez
» » Jonas Larguía

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	» Jaime R. Costa
Química Médica	» Atanasio Quiroga
Botánica Médica	« Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata
Histología teórico práctica	» Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	Vacante
Anatomía Descriptiva	» Juan D. Piñero
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio C. Piñero (con lic
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini (con lic.)
Bacteriología	» Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	Vacante
Materia Mèdica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé (con lic.
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiológica	» José Penna
» Quirúrgica	» Pascual Palma
» Neurológica	» José M. Ramos Mejía
» Médica	» Luis Guemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	» Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	» Antonio C.Gandolfo (con lic.)
» Médica	» Ignacio Allende
» Obstétrica	» Samuel Molina (con. lic.)
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	Vacante
Patología general	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Genito-urinaria	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenwai
Física Médica	»	Juan José Galiano
Química Médica	»	Vacante
Botánica Médica	»	Vacante
Química biológica	»	Vacante
Histología teórico-práctica	»	Julio G. Fernández
Anatomía Descriptiva	»	Joaquín L. Figueroa
Semiología y ejercicios clínicos	»	Manuel A. Santas
Anatomía Topográfica	»	Vacante
Fisiología General y Humana	»	Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	»	José Badía (en ejer.)
Bacteriología	»	Juan Carlos Delfino Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	»	Vacante
Materia Médica y Terapéutica	»	Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Leandro Valle (en ejer.)
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	M. Aberastury
Patología externa	»	Carlos Robertson
» interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Teófilo A. Moret
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Daniel J. Cranwell (en ejer.) Avelino Gutierrez Francisco Llobet Marcelo Viñas Marcelino Herrera Vegas
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Semprun
Medicina Legal	»	Domingo S. Cavia Pedro Barbieri
Clínica Médica	»	Patricio Fleming Ricardo Colón Luis Agote
» Obstrética	»	Fanor Velarde Enrique A. Pardo Enrique Zarate (en ejer.) Miguel Z. O'Farrell Samuel Gache
Toxicología Experimental	»	Vacante
Clínica Pediátrica	»	Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	»	Bernardino Maraini
» Psiquiátrica	»	Benjamín T. Solari José T. Borda
Patología General	»	Alois Bachmann

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Cated. titulares
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	Dr. Angel Gallardo
Botánica y mineralogía	» Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Química orgánica aplicada	» Francisco Barraza
Farmacognósia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Física farmacéutica	» Julio J. Gattí
Química analítica y toxicológica (primer curso)	» Francisco P. Lavalle
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irizar
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» Francisco P. Lavalle
Higiene, legislación y etica farmacéutica	» Ricardo Schatz

Asignaturas	Cated. sustitutos
Zoología gen., anatomía y fisiología comparada	Vacante
Botánica y mineralogía	Vacante
Química inorgánica aplicada	Vacante
Química orgánica aplicada	Vacante
Farmacognósia y posología razonada	Sr. Juan A. Dominguez
Física farmacéutica	Vacante
Química analítica y toxicológica (primer curso)	Vacante
Técnica farmacéutica	
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	Vacante Vacante
Higiene, legislación y ética farmacéutica	Vacante

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica Parto distócico y Clínina Obstétrica	Dr. Enrique A Pardo (en ejer.)

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	Vacante
Parto distócico y Clínica Obstetrica	Vacante

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología	Dr. León Pereyra
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	» Nicasio Etchépareborda

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología	Vacante
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina legal	Vacante

PADRINO DE TESIS

DR. CARLOS MALBRAN

Á MIS PADRES Á QUIENES TODO LES DEBO

A LOS MÍOS

Mi gratitud y la consideración
de mis respetos al distinguido profesor el

DOCTOR CARLOS MALBRAN

quien me dispensa el honor de acompañarme en este acto

A mi amigo el hidalgo caballero

DOCTOR JOSÉ ABALOS

quien me cede el fruto de sus trabajos y experiencias,
que son la base del presente estudio

Á LOS DOCTORES:

J. DARQUIER — J. B. TORINO

N. RAMALLO — F. CANEVARI

J. SIERRA — F. TRONGÉ

La expresión de mi agradecimiento
por la enseñanza diaria y la cantidad de conocimientos
que han sabido inculcarme

Á MIS COMPAÑEROS

DE HOSPITAL Y AMIGOS

La especificidad del permanganato de potassio frente al gonococo, los exitos incontestables obtenidos por dicho medicamento, en el tratamiento de las uretritis de origen gonococico sugerieron al Dr. Abalos la idea de combatir las localizaciones articulares de dicho agente infeccioso por su medicamento especifico.

El Dr. Abalos á quien he tenido el honor de acompañar en sus experiencias en mi caracter de practícante mayor del servicio del cual era mi digno gefe inició sus trabajos el 1° de Mayo de 1905, un mes más tarde obtenía el primer exito completo que lo alentará á proseguir sus experiencias cuyos resultados consigno en los parágrafos del presente estudio.

Historia

La artritis blenorragica es una localización frecuente á veces grave y siempre molesta, de la infección gonococica.—Aparece comunmente en el curso de la uretritis aguda; pero no es raro complique los pousses de la blenorragia crónica.

Etiologia.

El agente causal de esta enfermedad es el gonococo de Neiser que ya había sido señalado por Hallier en 1872 en el pus de la blenorragia. Los priméros estudios precisos hechos sobre este micrococus los efectuó Neiser quien demostró la existencia constante del microbio que él denominó gonococus en la blenorragia y en la ophtalmia blenorragica; ha sido aislado y cultivado en los diferentes medios; sus cualidades morfologicas son bien conocidas por los diferentes medios de coloración y por los que le son propios.

Como causas predisponentes tenemos: la fatiga, el enfriamento y la humedad, que comunmente reunidas aminoran la debil resistencia de la serosa articular, facilitando así, que el gonococo germine y se colonice para dar nacimiento á la afección que nos ocupa. En nuestras observaciones siempre hemos encontrado estas causas predisponentes que la consideramos de suma importancia, bajo el punto de vista etiológico y profiláctico. Otras veces, felizmente raras, la infección blenorrágica es tan intensa, tan maligna, que ella se hace bajo forma de descargas microbianas; gana la articulación rapidamente, se difunde por todo el organismo y llega á producir esas muertes súbitas (observaciones de Widal Hirtu-Achard) encontrandose en estos casos el gonococo en la sangre y en las válvulas del corazón.

Patogenia.

La patogenia de la artritis blenorrágica ha sido discutida durante mucho tiempo. Entre las varias teorías basadas en hipótesis más o menos ingeniosas, tenemos la Hunter quien admite las localizaciónes articulares por simpatía, poco tiempo despues, Fournier concibe y defiende la teoría del origen reflejo del reumatismo blenorrágico, este

reflejo, tendría por punto de partida constante, la uretra, Swediaur invoca el origen metastatico, coincidiria segun él, la localización secundaria del gònococo con la disminución del derrame en la lesión inicial, admitiéndose en resumen, que el pus en natura era transportado á la juntura, donde proliferaba. En 1850 los trabajos de Ricord, Foucard aceptan decididamente la naturaleza blenorragica de los accidentes articulares. Viene despues, una época, en la que entran á discutirse la especificidad de estas artritis; la confunden unos con el reumatismo, otros, la relacionan con los tumores blancos etc. Peró es á Fournier a quién le toca e. honor de defender intrepidamente le *soidisant* reumatismo, en el curso de la blenorragia; demostrando que dicha afección es completamente distinta del reumatismo articular, que ella es la consecuencia de las uretritis, la cual no solamente es su causa ocasional, sino que también es la única que puede originarlo, (esta última concepción es erronea pues actualmente está comprobado que cualquiera de las localizaciones del gonococo: uretra, vulva, útero, conjuntiva y recto, pueden ser el origen de la artritis).

Fournier si bien es cierto abre una nueva brecha á los estudios, al considerar la artritis como de origen uretral, incurre de nuevo en otro error, al considerarla como un reflejo.—El descubrimiento de Neiser en 1878 concluye por fin con estas im-

posiciones teoricas y hacen entrar de lleno estas afecciones, en el grupo de las artritis infecciosas. Los estudios posteriores se dirigen á dilucidar la manera como se comporta el gonococo en las articulaciones, pues su acción sobre ellas estaba fuera de duda, no obstante aparecen nuevas opiniones al respecto, que podemos resumir en las tres siguientes: ¿Es el gonococo solo y unicamente, el causante de esta artropatía, es su toxina o se trata de una asociación microbiana?

Los estudios ultimós consideran el gonococo de Neiser como el único causante de la artropatía y si no siempre se le encuentra en el analisis, es talvez porque su vitalidad escasa por una parte, su tendencia á invadir la serosa por otra, hacen dificil su reconocimiento en el examen del sinovial; Dielafoy y Sée, coinciden en esta manera de pensar. Despues de sus observaciones Morestein (*Chirurgie général des articulation* Pag. 181 año 1907) termina su artículo sobre la patogenia de esta enfermedad considerando que «el gonococo debe ser la causa de todas estas lesiones articulares».

Anatomía Patológica

Una vez que el gonococo se instala en una articulación comienza su vida y la irritación de los tejidos. Se localiza generalmente en las grandes articulaciones (con predilección en la rodilla) pero no respeta ninguna, por poco movible y pequeña que ella sea. (Obs. de un Spondilitis y artritis temporo-maxilar. (A. Huertas).

Aún puede tener el comienzo de la poli-artritis-reumatica, pero pronto elije su preferida para instalarse.

La articulación afectada reacciona en proporción á la agudez de la infección y tenemos así; ya una artritis serosa, complicación más propia de la artritis crónica ó sub-aguda; ya la virulencia ha sido mayor y se vé un pasaje rápido del derrame seroso al purulento y tenemos entónces la artritis purulenta; ó bien el ataque á la articulación á sido más disimulado y nos encontramos con la artritis crónica *d'amblée*, que es muchas veces, la terminación lejana de las anteriores. La anatomía patológica no ha sido bien estudiada; son lesiones muy inflamatorias, muy fibrinosas, con una gran tendencia á la organización y por lo tanto á la anquilosis. En

una de nuestras observaciones (2ª) (dónde se practicó una sinevectonía y luego recección de la rodilla) hemos tenido ocasión de apreciar de visu la intensidad de este proceso adhesivo y el estado patológico de esta articulación.

La cavidad articular vacía y reducida por el espesamiento de la sinovial y la red de adherencias que se estendían entre las dos superficies artículares, la cápsula, ligamentos y tejido peri-articular estaban rigidos. La rótula fijada al femur por anquilosis osteo-fibrosas, así también como la unión de la tibia al femur. Los cortes histológicos, practicados por nosotros, no enseñan otra cosa que una invación de esta serosa por tejido conjuntivo, no se ven celulas cartilaginosas invadiendo la sinovial, como lo ha observado Cornil; pero no hay duda que esta tendencia del cartilago articular de reemplazar la sinovial es marcada en estos casos, pués hemos visto que las anquilosis osteo-fibrosas son tan abundantes.

El gonococo no es posible descubrirlo en el corte. El cito diágnostico nos enseña una proporción grande de poli-nucleares, relativamente á los linfocitos y cuando el derrame es seroso, no deja de tener su importancia, como un elemento de diferenciación del derrame tuberculoso.

El gonococo se ha encontrado cuando la infección no data de mucho tiempo (observación

5 y 6) en los demás derrames ha sido insignificante ó se trataba de artritis secas.

El no encontrarse el gonococo en el derrame no es raro, pués parece que no queda por mucho tiempo en el líquido artícular; y es por esto que Dieulafoy dice, que en estos casos practicando el análisis en una época algo posterior se expone el experimentador á un fracaso seguro; los gonococos ganan los tejidos para vivir allí en estado latente, algo semejante á lo que sucede en la uretra.—Hay una observación citada por Dieulafoy, de Burcy y Respighi muy ilustrativa, el líquido sinovial era completamente esteril, sin embargo, el raspado de las fungosidades deja reconocer el gonococo, el agente pués provocador del derrame existía. Así pués aunque la naturaleza gonococica de esta articulación está fuera de duda hoy en día, tampoco hay que pretender como corolario siempre encontrar el gonococo en el análisis microscopico ó en el cultivo.

Síntomas y diagnósticos

Como lo que nos interesa á nosotros es el tratamiento, tema que es la base del estudio que vamos desarrollando, voy á analizar someramente estos puntos, haciendo, no obstante, resaltar algunas de

las manifestaciones sintomáticas que pueden ayudar al diagnóstico, observadas con más frecuencia en el curso de nuestro trabajo.

La enfermedad tiene comunmente una sintomatología variada, ella aparece generalmente en la segunda ó tercera semana que sigue al comienzo de la uretritis, pudiendo manifestarse en los primeros días y aún se cita un caso, en que, la uretritis fué el primer síntoma de la infección gonocócica que más tarde se reveló en la uretra.

Cuando la artritis es aguda. se vé aparecer con ó sin prodromos, una fuerte tumefacción de la articulación enferma, con dolores intensos, que hacen imposible el menor movimiento; puede ó no ser acompañado de fiebre (según Finger habría temperatura); el estado general se mantiene bastante satisfactorio; es así, que en un sujeto joven, en el cual aparecen bruscamente síntomas de una artritis aguda como los descriptos anteriormente, con un estado general poco modificado, debe en este caso, tratarse seguramente de una artritis gonocócica, (Morestín).

En otros casos los síntomas son más obscuros y la confusión con cualquiera de las otras artritis aparece; una minuciosa anamnesis nos dará la clave de la naturaleza etiológica de la afección.

Es de suma importancia por eso, en todo sujeto importador de una lesión articular, investigar el

estado de la uretra, este interrogatorio nos evitará muchas veces, lamentables causas de error.

La artralgía es uno de los síntomas más constantes y molestos de la enfermedad; aún cuando el derramen se haya reabsorbido ó aún cuando sea escaso, el dolor persiste y es esta persistencia del dolor la que dificulta la marcha; en la historia de un gran número de estos enfermos podremos reconocer en muchos casos, la naturaleza blenorrágica de sus dolores.

La hidrartrosis de origen gonocócico se reconoce fácilmente; el cito-diagnóstico puede servir de auxiliar para el diagnóstico.

Pero es como lo dijimos anteriormente y lo volvemos á repetir; es á la anamnesis á quien debe recurrirse en busca de los mejores elementos de diagnóstico.

La marcha y terminación de esta eufermedad no siempre es la misma; un gran número se transforman en artritis plásticas, otras acarrean la anquilosis y, por último, algunas terminan en resolución, pero las recidivas, como dice Finger, son muy frecuentes, casi constantes.

Pronóstico.—Si bien es cierto que no es de suma gravedad, expone, como acabamos de observarlo, á impotencias de los miembros afectados, más ó menos acentuadas, según el grado de intensidad con que ha sido ofendida la articulación y el mayor ó el menor encarnizamiento que ofrezca el agente

infeccioso, para abandonar la juntura que eligiera por morada.

Tratamiento por el permanganato

La multitud de tratamientos en la artritis blenorragica, expresan la ineficacia ó al menos la incerteza en el resultado de ellos, nacidos unos de observaciones aisladas sin argumentación científica en su apoyo, otros por el contrario frutos de concepciones teoricas con superfluo resultados teoricos.

El procedimiento para tratar las artritis de origen blenorragico que nosotros exponemos, no tiene la pretención de ser el único, el seguro, el ideal, no, tras de nuestras felices observaciones que por hoy robustecen nuestra convinción, pueden esperare desiluciones ó desengaños.

El tratamíento por el permanganato de potasio que lo consideramos nuevo, original, tiene su base cientifica y sobre ella algunas observaciones de indiscutible valor, la naturaleza gonococica de la artritis blenorragica está hoy fuera de duda; és el gonococo de Neiser el provocador de la artritis blenorragica; si no le se encuentra en el analisis microscopico, ni en el cultivo, no se puede negar su existencia en la articulación, pues como dice

Dieulafoy, si el examen del líquido derramado no se hace en los primeros días, seguramente se obtendrá un fracaso si dicho examen se hace posteriormente, el gonococo emigra del líquido para anidarse en la sinovial, donde ha sido posible reconocerlo como hemos dicho anteriormente. Talvez estas artrítis amicrobianas aparentemente, han hecho creer que se trataba de artritis tóxicas. Esta relación del gonococo con la sinovial, no tiene nada de particular, igualmente sucede en la uretra donde no se encuentra durante el periodo de estadio sino muy raros microbios en el líquido (Macé p. 389). Ahora bien, acantonado el gonococo en la articulación, se coloniza ó vive en una forma semejante á lo que pasa en la uretra, como en esta última observase en su evolución, un periodo agudo, que es el de invasión generalmente; un periodo latente y por último sus poussée, así como dice Finger las recidivas en la misma articulación, casi constituye un sintoma para el diagnostico diferencíal. Se vé pues, al gonococo con sus mismos hábitos, con sus mismas costumbres si se nos permite la expresión, instalarse en la serosa articular como en la uretra. ¿Porque pues, en presencia del mismo agente, del mismo enemigo, no hemos de recurrir al mismo elemento para combatirlo, con el mismo exito con que se combate en la uretra por su medicamento específico? — ¿Porque contra este avance de la infección gonococica, no

hemos de oponerle su peor enemigo ya que se nos ofrece á nuestro alcance? Neiser nos enseña que es el permanganato, el que actúa más rápida y totalmente sobre la vitalidad y por ende sobre la virulencia del micrococus. Los procedimientos puestos en práctica, hasta el presente como tratamiento: reposo, cataplasmas variados, el frío, el calor etc.; yoduro de potasio, salicilato de sodio etc., son más adyuvantes de la defensa del organismo, pero ninguno obra contra el mismo agente anulando ó debilitando al menos su vitalidad, que es á lo que se encamina nuestro tratamiento por el permanganato de potasio; no habiendo tenido en el terreno de la práctica (15 obs.) el contratiempo de un resultado dudoso.

El líquido á inyectar es una solución de permanganato de potasio al 1 0[0 (un centig. por centimetro [3]) esta solución debilmente en la proporción empleada es sin embargo algo dolorosa.

Su poder tóxico en la proporción que empleamos y en la cantidad destinada á ser inyectada (005 centig.) es nulo, en proporción mayor 0.10 ctg. hemos visto producirse una descamación de la piel con edema de la misma (del lado del riñon no hubo nada de anormal). Generalmente la cantidad que empleamos varía entro 002 y 005 centigs. segun la clase de artritis y segun la articúlación afectada.

Técnica.—Geringa de 0.10 cent. de capacidad, aguja de 0.05 á 0.03 cent. largo.

Limpieza.—Y asepsia prolija de la piel peri-articular.

Anestesía.—Local al dolor si el enfermo es demasiado pusilamine, es preferible no emplearla pués los puntos de repa:o para abordar la articulación (en caso de utilizar como anestésico el cloruro de étilo) se enmascaran un tanto.

Extracción del líquido articular si lo hubiese, ya sea seroso ó purulento, si el líquido es escaso se reduce todo á la inyección.

Inyección del permanganato.—Sin sacar la aguja con la que se ha extraído el líquido y si fuera posible cambiando la geringa, se introduce la cantidad convenida de la solución de permanganato.

La dósis inyectada es variable en la rodilla dónde la lesión es más frecuente, si hay derrame inyectamos 0.05 centgs. es preferible una dósis mayor cuando el derrame es considerable pudiendo aplicarse impunemente la cantidad de 10 centgs; dósis menores son poco eficaces y prolongan la curación, con estas dósis tomadas como tipo, variamos en pequeños límites desde 2 centgs. á 10 centigs. La dósis de 5 centigs. parece ser la más acertada, menores proporciones harían dudoso el resultado, en cambio mayores, serían muy dolorosas para el enfermo, sin embargo esto está dejado al criterio del que las emplée.

Punto de acceso á las articulaciones.—Son los que mejor enseña la anatomía, estos son descritos en el libro de Cabot, (Tumeurs Blanches) detalladamente para cada articulación en particular, nosotros extractaremos los detalles más importantes sobre la manera de abordar algunas de las articulaciones:

Articulación de la rodilla.—Tiene cuatro puntos de acceso, dos al nivel de la línea articular inmediatamente al lado del angúlo inferior de la rótula, los otros dos un centímetro arriba y afuera de la base de la rótula, debiendo penetrar oblicuamente la aguja para que esta pase entre el femur y la rótula.

Articulación del cuello del pié.—Es abordable por dos puntos, uno situado en el triángulo externo formado por los tendones, del peronéo ant. cort. peroneo y el maleolo ext; y el otro situado en el triángulo int. limitado á su vez por los tendones de los dos tibiales y el maleolo int.; se flexionará el pié del lado opuesto al sitio en que se practicará la inyección; es preferible para su ejecución el lado ext. La línea articular esta situada á dos centímetros por encima del vértice del maleolo ext.

En los miembros superiores la localización es muy rara; las articulaciones son muy facílmente accesibles.

Articulación del hombro.—Se aborda por un

punto situado á un centímetro de la apofisis coracoides, sobre el plano horizontal que pasa á ese nivel.

Articulación del codo.—Es de acceso facíl, la inyección se practica en cualquier punto de la interlinea articular, (es preferible la parte ext.).

Articulación del puño.—Debe buscarse la interlínea articular que como se sabe encuéntrase situada á 6 ó 7 milímetros de la línea que une las apofisis estiloídeas del cúbito y radio, la inyección se practicará en dicha interlínea, con preferencia en la parte postero-externa de la articulación.

Post Operatorio

Una vez inyectado el permanganato, si el enfermo acusa mucho dolor, se calmará éste con la morfina, pués se trata de una reacción dolorosa pasagera.

Las articulaciones y las extremidades que entran en sú formación, deben ser vendadas cuidadosamente y colocado el miembro en buena posición ó en una gotiera adecuada.

Si hay escurrimiento uretral en los primeros días, mientras el dolor articular es intenso, se hará la desinfección minuciosa por vía interna

solamente, empleando con preferencia la recina de piper cubeba á la dósis de 1 á 2 gramos ó en su defecto urotropina; en cuanto el estado del enfermo lo permita, debe hacerse también, la limpieza local de la uretra.

La sanación ó la desaparición de los dolores después de la primer inyección, no es constante, son necesarias á veces dos, muy raramente tres inyecciones, en la misma articulación.

Desde el momento en que los dolores desaparecen, tiene su sitio la aplicación de masajes superficiales, permitiéndosele enseguida al enfermo caminar; algunas veces (esto sucede al 4º ó 5º día) el derrame se reproduce sin dolor, no hay que precipitarse á practicar una nueva inyección, es preferible esperar, pués muchas veces desaparece espontáneamente sin la menor reacción; ahora bien si el derrame ó el dolor (cuando no existe derrame) vuelven á molestar al 5º ó 6º día de la primera inyección, se puede aplicar una segunda ó en caso necesario una tercera.

Conclusiones:

Teniendo en cuenta la naturaleza de la afección que nos ocupa, como así mismo, la modificación de uno de los elementos más desespe-

rantes, el sindroma dolor, que es el primero que desaparece y junto con él los otros que acarrea; sintómas anulados á veces por la primer inyección de permanganato y que desaparecen fatalmente á la segunda ó tercera de estas inyecciones. Es pués, frente á estos resultados obtenidos con nuestro tratamiento, que podemos establecer, que estos desgraciados «esclavos de su miembro enfermo» (como dice Morestin) véanse libres en pocos días de sus terribles sufrimientos.

JUAN VIAGGIO.

OBSERVACIÓN I

Hospital Pirvano—Sala Martín García, Mayo 1-905

Juan Aguirre, argentino, 35 años, soltero, domíciliado Provincia de Entre Ríos, Gualeguaychú. peón de campo.

Antecedentes hereditarios: Padre vivo, sano; la madre murió tuberculosa—hermanos 4, todos sanos.

Antecedentes personales: Tuvo coqueluche á la edad de 5 años, sarampión dos años más tarde, desde la edad de 19 años padece de trastornos gastro intestinales, malestar gástrico y alternativas de constipación y diarrea. A la edad de 23 años contrajo una blenorragia, de la cual dice haber sanado bien, en corto tiempo (18 días), esta enfermedad volvió á recivivar hace un año próximamente, y un mes más tarde comenzó á sufrir las manifestaciones de la enfermedad actual en pleno *poussé* blenorrágico.

Enfermedad actual: Data de nueve meses más ó menos, ella se inició con dolores poliarticulares poco intensos, que luego se localizaron en las dos rodillas, con predominio en la derecha. Ambas articulaciones estaban aumentadas de volumen (lijeramente) y hacían la marcha extremadamente difi-

cultosa, los dolores entonces habían aumentado, lo que lo puso en circunstancias de abandonar el trabajo y buscar asilo en un hospital (coincidió este ataque de artritis aguda con una actividad mayor de su trabajo de campo, época de cosecha).

Estado actual; Sujeto de mediana estatura, regularmente constituído, esqueleto bien desarrollado, panículo adiposo escaso, buen sistema muscular.

Pasando por alto el examen de los órganos internos y limitándolo á las articulaciones afectadas, que es lo que nos interesa, encontramos:

Inspección: Las dos articulaciones de la rodilla, aumentadas de volumen, la derecha más que la izquierda; piel de coloración normal; no hay atrofias musculares.

Palpación: Se aprecia la cápsula lijeramente espesada.—Existe el choque rotuliano.

Movimientos: Activos, limitados, no sucediendo así con los pasivos, que son posibles realizarlos en completo aunque provocan dolor. La estación de pié es dolorosa; la marcha dificultosa por la misma razón.—Estado general satisfactorio, no hay temperatura.

Diagnóstico: Los escasos síntomas que presenta esta afección articular, coincidiendo con una uretritis blenorrágica, sin fiebre, ni alteración de su estado general, no dan lugar á dudas sobre su origen gonocócico.

Tratamiento: Punción y extracción de líquido (5 centgs.) cuyo cito-diagnóstico nos enseña, en esta observación como en las demás, la escasa presencia de leucocitos y la abundancia de polinucleares.—Inyección 0.10 cents. de la solución al °/₀ de permanganato de potasio, la que provoca fuertes dolores, que se calman con morfina, vendage simple, al tercer día, después que los dolores que se han calmado, comiénzasele á aplicar suaves masages.—La mejoría progresa lentamente. Veinte días después de la inyección, los dolores han desaparecido.

Diez días después del comienzo del tratamiento (es decir, diez días después de la primera inyección), la rodilla del lado opuesto es el sitio de una tumefacción dolorosa, que presenta al mismo cuadro clínico que la anterior.

Suponiendo la naturaleza de este proceso, instituímos inmediatamente el procedimiento:

Inyección de permanganato (005 cents.) –inmovilización simple por vendage—masajes tres días después, época en la cual los dolores se han atenuado notablemedte, como asimismo la tumefacción. 15 días más tarde el enfermo puede hacer uso de sus miembros inferiores, no ocasionándole la marcha sinó lijeras molestias, que desaparecieron 30 días después del comienzo del tratamiento.

OBSERVACIÓN II.

Hospital Pirovano Sala Martín García

Adolfo Ortiz—Español—23 años—Solt. Carnicero

Antecedentes hereditarios: Padres vivos—el padre sufre algo de reumatismo—hermanos varios, todos vivos y sanos.

Antecedentes personales: El sujeto no recuerda haber padecido hasta ultimamente de ninguna enfermedad, hace dos años despues de un golpe, tuvo una hemoptisís y epistasis que pasaron al poco rato, un año más tarde recibe en la rodilla izquierda un nuevo golpe (la actualmente enferma)—Hace 7 meses más ó menos adquiere una blenorragia, la enfermedad se manifiesta durante los dos primeros meses por los síntomas habituales del escurrimiento más o menos modificados por un tratamiento que le instituye un farmacéutico; en estas condiciones se hallaba cuando le sorprenden las manifestaciones de la enfermedad actual.

Enfermedad actual: Comenzó por sensaciones de frío en las dos piernas, luego dolores en los tobillos y rodilla izquierda, estos dolores le hicieron dificil la continuación de su trabajo (repartía carne), por la noche los dolores se hacen insoportables; la rodilla aumenta de volumen y se hace dolorosa á la presión, el cuello del pié (del mismo lado) que es-

taba hinchado conjuntamente con la rodilla disminuye de volumen, aparecen sudores profusos, los dolores en la rodilla afectada se hacen tan agudos, que es necesaria la prescripción de morfina.

En estas condiciones ingresa al hospital San Roque donde se le hace el siguiente tratamiento: cataplasmas calientes, pomada salicilada, aparato inmovilizador... todo inutil... el dolor continúa tan intenso como antes no obstante haberse insistido con el salicilato y la inmovilización, el sexto día de su internado se le aplican masajes, con los cuales el enfermo nota una lijera mejoría, se continúan los masajes durante 15 días y la mejoría continúa, pero el estado general queda lo mismo, en estas condiciones pide su alta del Hosp. San Roque y pocos días después ingresa al Pirovano en el siguiente:

Estado actual: Hombre bien constituído, buen esqueleto, paniculo adiposo y sistema muscular de regular desarrollo.

Pasando por alto el examen de los demás organos que no presentan nada de anormal, la articulación afectada (izquierda) se ofrece á la inspección más abultada que la derecha la piel que le cubre de buen color, no se observa red venosa, existe una atrofía general del miembro, la medición al nivel de la interlínea articular, dá, para la rodilla enferma 0,03 centims. más que para la derecha, la circunferencia del muslo (en su parte media) es menor de 1 ctm. de la que dá el lado sano.

Palpación: No hay edema, es poco dolorosa, la rotula eucuentrase limitada en sus movimientos, la sinovial no se palpa, no hay derrame, tampoco *cro-quement* ni espesamientos parciales.

Movimientos: —pasivos— Muy limitados, pero son posibles, los activos, tienen más ó menos los mismos limites que los pasivos; las dos clases de movimientos provocan fuertes dolores, especialmente los últimos.

La marcha es extremadamente dificultosa á causa de los dolores que provoca, dolores que impiden apoyar el peso del cuerpo sobre el miembro enfermo, el cual se hincha con la estación del pié ó con el movimiento.

No tiene fiebre—hay buen apetito.

Diagnostico:—Artritis blenorragica.

Tratamiento:—Inyección de permanganato—0,03 ctms.

Vendage.

Masajes suaves (3 días)

Al sexto día el enfermo comienza á caminar, los primeros pasos provocan dolor, pero éste se va atenuando gradualmente—hasta desaparecer—por completo al onceavo día de la inyección.

OBSERVACIÓN III

Hospital Pirovano Sala IV

Tomás López, 30 años, argentino, soltero, peón de cocina.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Tuvo en su infancia sarampión, otitis y viruela, no ha padecido de afección articular alguna.

Enfermedad actual.—Comenzó en Marzo 20 del corriente año con motivo de haber contraído por primera vez una uretritis blenorrágica; en el curso de esta enfermedad (5º día) trabajando en la quinta entre el pasto humedo, fué objeto de fuertes dolores en la rodilla que le obligaron á dejar el trabajo y guardar cama, tres días más tarde, el dolor de la rodilla desapareció, para hacerse sentir en la cadera del mismo lado (izquierdo) dolor que al cabo de tres días desaparece nuevamente para localizarse en el talón derecho primero, y en el cuello del pié después dónde se acontonó definitivamente.

Esta última localización fué acompañada de intensa reacción local; por pequeños que fuesen los movimientos de la articulación, ellos ocasionaban dolores intensisimos.

No ha tenido fiebre. El derrame uretral le continuaba.

En estas condiciones ingresa al hospital de Clinicas, dónde se le aplica tintura de iodo y se le trata la uretritis, la blenorrágia curó al cabo de dos meses, pero los dolores en la articulación del cuello del pié continuaron, no obstante las aplicaciones repetidas de pomadas y el uso de tratamiento interno. Cuatro meses después de su ingreso sale del hospital con muletas, pués le era muy doloroso apoyar el talón en el suelo; un mes más tarde vuelve á ingresar al hospital, los dolores le continuaban y lo imposibilitaban para el trabajo, se le aplican puntas de fuego; la articulación que estaba aumentada de volúmen se deshincha, pero el dolor, el síntoma más molesto, persiste. Dos meses más tarde, no encontrando mejoría, pide el alta é ingresa al Hospital Pirovano.

Estado actual.—Sujeto de regular estatura, buen esqueleto, bien constituído, su estado general satisfactorio. La única región enferma es el cuello del pié derecho.

Inspección.—Más abultada la región del cuello del pié enfermo, que la sana, las depresiones, aunqué algo disimuladas, no estan desaparecidas; en el lecho el edema desaparece.

Palpación.—La presión, es dolorosa al nivel de la línea articular, el choque de la superficie es igualmente doloroso.

Movimientos.—Activos y pasivos, son posibles, el de flexión es doloroso, pero no limitado.

Marcha.—Muy difícil por el dolor que provoca.

Diagnostico.—Uretritis blenorrágica.

Tratamiento.—Inyección 0.02 centigs. permanganato de potasio en la interlínea articular.

La inyección provoca intensos dolores que se irradian á todo el miembro, dos días después el enfermo se encuentra notablemente más aliviado, parece que los dolores quisieran localizarse al sitio de la inyeccíón. Se prescriben masajes. 20 dias más tarde puede marchar, sintiendo apenas un ligero molesto cuando flexiona el pié. El dolor á la presión á desaparecido, el choque de las superficies articulares, cuando se comprime él talon intencionalmente ó cuando marcha, prococa como hemos dicho un ligero molesto en el trayecto de la inyección.

OBSERVACIÓN IV

Hospital Pirovano Sala M. G.

Márcos Contreras, argentino, 19 años, peón. *Antecedentes hereditarios y personales.*—Sin importancia. Hace un mes que padece de blenorrágia.

Nota. El enfermo aludido encuéntrase empleado en el Hospital Pirovano, llenando las funciones de cabo enfermero sin ningún inconveniente.

Enfermedad actual.—Hace 20 días que al ir á su trabajo habitual, (después de haber sufrido el día anterior una fuerte mojadura) sintió un dolor agudisimo en la rodilla izquierda; durante la noche (del mismo día) la rodilla se pone tumefacta, no hay fiebre, ni reacción general; al mismo tiempo la blenorrágia que hacía diez días más ó menos que la había adquirido y que escurría en pequeña cantidad, dejo de mostrarse en el meato como de costumbre, coincidiendo con eso la aparición de los síntomas articulares.

Los dolores continuaron con alternativas de exacerbación haciendo la marcha dificultosa, y habiendo necesidad de ayuda para efectuarla.

Estado actual.

Inspección.—Rodilla izquierda mucho más voluminosa que la derecha (5 cent). Las depresiones normales desaparecidas; el miembro en ligera flexión.

Palpación.—No es dolorosa sinó se practica profundamente. La sinovial está espesada

La rótula es movible, existe choque rotuliano.

Movimientos. — Activos: se realizan pesadamente y originan dolor en la articulación.

Pasivos.—Se efectúan casí en los mismos límites que los activos, no pudiendo hacerse la flexión del miembro en angulo recto.

La presión brusca sobre el talón provoca dolores ligeros.

La marcha es dolorosa, el dolor hallasé localizado, al nivel de la incersión de la capsula sobre la tibia.

Diagnóstico.—Artritis blenorrágica.

Tratamiento.—Punción, se obtiene de la articulación 10 cent. de líquido con los mismos carácteres que los anteriores.

Inyección de 00,3 cent. 3 de permanganato de potasio, vendage simple y masage; seis días más tarde los dolores han desaparecido casi por completo pidiendo el alta diez días despues, completamente sano de su enfermedad.

Contamos con 11 observaciones más, de las 15, que es el número á que alcanzan nuestras experiencias, hemos escojido las cuatro que presentan mayores similitudes en sus manifestaciones al par que la misma docilidad al tratamiento (todas ellas han cedido á la primera inyección).

PROPOSICIONES ACCESORIAS

El sitio de preferencia de las afecciones genecocicos extragenitales en el pie.

Como se explica la rareza del gonococo en las artritis blenorrágicas.

¿Es posible contar con la eficacia de este solo tratamiento, preconisándolo en todo caso de artritis blenorrágica, y prescindiendo de indicaciones y contra-indicaciones especiales?

Buenos Aires, Diciembre 10 de 1906.

Nómbrase al señor Concejero Dr. B. Sommer, al Profesor titular Dr. Pedro Benedit y al Profesor suplente Dr. M. Aberastury para que, contituídos en Comisión revisora, se sirvan dictaminar respecto de la presente tésis, de acuerdo con el artículo 4.° de la Ordenanza sobre exámenes.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez,
Secretario.

Buenos Aires, Diciembre 14 de 1906.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según constancia del acta N.° 1651 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTÓN.
R. S. Gómez,
Secretario.