

Por el Doctor

R. DE SURRA CANARD

REUMATISMO BLENORRAGICO SULFAMINO TERAPIA Y VACUNA REGIONAL

DURANTE el curso del año 1940 presentamos en colaboración con el Dr. Molina Macías, un trabajo a la Academia de Cirugía, titulado: "de la vacuna focal por la puerta de entrada en la complicación articular de la blenorragia", relatado por el Dr. Paglieri en la sesión del 3 de septiembre de 1941, en el que exponíamos los resultados de diez años de experiencia en el tratamiento de las complicaciones serosas blenorragicas con la vacuna regional por la puerta de entrada.

Decíamos que nuestras conclusiones tenían que ser puestas en paralelo en la época actual con la sulfamido-terapia que tantos "milagros" realiza como terapéutica activa en la blenorragia aguda y sus complicaciones agudas en la vecindad de la uretra.

Nuestro alejamiento de los servicios de cirugía no nos ha permitido llevar a cabo esa comparación en forma de experiencia clínica, pero un enfermo de público que tratáramos entonces, nos ha brindado la ocasión de valorar la eficacia de cada una de estas técnicas terapéuticas.

También decíamos en la monografía citada más arriba, que el método vaccinal de Poincloux debía ser completado a posteriori con la curación eficaz del foco causal. Este acervo lo confirma también nuestro enfermo.

Traemos a esta Sociedad la observación clínica.

Se refiere al enfermo C. B., observación N° 19, de nuestro trabajo.

La narración de la evolución clínica les ha de parecer larga, pero los detalles de la misma son a nuestro parecer los que han justificado esta presentación.

El enfermo tuvo en su adolescencia una blenorragia que complicó con una artritis aguda gonocócica de la rodilla derecha y curó de su articulación al parecer sin dejar secuelas.

Hace once años le asistimos nosotros de otro proceso blenorragico agudo: ignorábamos si era reinfección o recidiva (más probable esto último), de una virulencia tal, que a poco de evolucionar complicó con una artritis aguda de la rodilla izquierda. Con ese motivo hicimos un tratamiento mixto: inmovilización con triple vendaje algodonado a la curación de Velpeau. Vacuna Regional por la puerta de entrada. Tuvimos éxito, por cuanto la lesión articular regresó en poco tiempo y la curación no dejó secuelas. Luego nos ocupamos de llevar el enfermo a la convalecencia, sin lograr conseguir la concurrencia del enfermo al consultorio para el tratamiento de su secuela focal.

El enfermo satisfecho de la curación aparente de su secreción de uretra y pese al pronóstico probable de recidivas que le formulásemos en ocasión de encuentros fortuitos, no concurrió más a la consulta. La historia se repite.

Su blenorragia permaneció silenciosa hasta este año. Durante este lapso de tiempo contrae enlace y no contamina a la esposa.

En el mes de mayo pide nuestra ayuda porque sin mediar coito infectante alguno extra-conyugal, le sorprende una sensación de ardor en la uretra y una supuración que se exagera en el transcurso de dos o tres días de expectativa. Al examen urológico: secreción purulenta, gonococos en el frotis, y orina con pus en el 1º vaso y con grumos purulentos de próstata típicos de cavernosis en el 2º vaso. El tacto revela una glándula prostática de tipo crónico, no se hace expresión de la misma por temor a complicaciones. Pero el hecho saliente que motivó el pedido de auxilio médico, fué la sensación de trabazón en ambas rodillas y garganta del pie izquierdo. En efecto, en sendas articulaciones ligera hidartrosis. Para evitar toda acción terapéutica que pudiera lesionar la uretra, despertar la acalmia aparente de su glándula prostática, medicamos al enfermo con sulfatiazol a la dosis de 4 gramos diarios y aconsejamos reposo dentro de la casa sin concurrencia a su trabajo. Formulábamos esa indicación para 5 días, bajo vigilancia si sobreviniera alguna intolerancia medicamentosa o novedad de otro orden. Al tercer día nos pide lo viésemos en su domicilio por estar invalidado para caminar. En efecto, ambas rodillas están distendidas al máximo con los caracteres de la hidartrosis blenorragica sub-aguda; lesión de edema de la garganta del pie, tenosinovitis de los extensores del pie izquierdo. La secreción uretral había desaparecido. Modificamos la terapéutica, sustituyendo la droga por sulfapiridina con la cual tenemos más experiencia, y recurrimos al filtrado gonocócico como medio vaccinal coadyuvante. Esta elección se debió a varios motivos: primero porque tiene cierto valor Vaccinal en algunos casos, segundo porque dudábamos de la existencia en plaza de Vacuna antigonocócica Pasteur (por la guerra) y tercero porque el enfermo solicitó le evitase la crisis de hipertermia que pudiera provocar alarma. El resultado no fué brillante, pequeños altos y bajos en la evolución de las serosas enfermas, mejoría absoluta de la infección uretral: ambos vasos cristalinos.

A los 10 días cuando el enfermo estaba en el apogeo de su impregnación sulfapiridinica (a pesar de ciertos trastornos de intolerancia) y de su vacunación,

complica con una tenosinovitis de la vaina de los flexores de la mano. Se interrumpe toda terapéutica antigonocócica para mejorar el estado general por espacio de una semana. Debemos confesar que ciertas dudas diagnósticas surgieron en nuestra mente a pesar de la semiología típica de las lesiones.

En esas condiciones nos decidimos por la vacuna regional por la puerta de entrada. Había stock de vacuna antigonocócica del Instituto Pasteur de París fresca, la 1ª inyección un poco tímida fué de 1/20 de c.c. Reacción insignificante pero no obstante alivio manifiesto en el dolor y en la movilidad, permaneciendo sin modificarse la hinchazón.

La 2ª inyección 1/5 c.c. a las 48 horas, trajo un ligero escalofrío tardío y elevación térmica a 37.8. mejoría articular y sinovial discreta.

La 3ª inyección a las 48 horas 1/2 c.c., gran escalofrío hipertermia a 40° varias horas. Desaparición de las hidartrosis, del edema del pie y de la mano, gran postración.

La 4ª inyección a los 5 días 1/4 c.c. poca reacción; ya las articulaciones están muy bien, curados al parecer, salvo la tenosivitis de la mano que ha hecho otra vez un poco de edema. Reacción muy tolerable. Bienestar muy grande. Reanuda sus actividades de trabajo. 5ª inyección a los 5 días.

A pesar de estar curado (clínicamente) de sus complicaciones articulares se completa la serie Vaccinal (una inyección por semana) hasta un total de ocho inyecciones.

La uretro prostatitis curada al parecer, —no hay secreción—, y las orinas están limpiadas, pero se comprueba una estrechez medio peniana N° 18 y el masaje de próstata revela gruesos grumos purulentos.

Se prepara la uretra con dilataciones progresivas y se exprime la glándula periódicamente hasta tanto el calibre permita llevar a cabo el examen endoscópico.

La uretoscopia posterior revela una cavernosis prostática evidente. Se lleva a cabo su drenaje en dos sesiones con éxito.

En la fecha el enfermo está sano de sus articulaciones y de su cronicidad uretro-prostática.

Esta observación clínica prueba en todos sus partes las conclusiones detalladas en el trabajo mencionado al comienzo en especial, la sexta, en la que sostenemos la necesidad de completar el tratamiento del accidente agudo con la terapéutica de la lesión causal, y pone de relieve la eficiencia de la Vacuna regional por la puerta de entrada. Por el contrario podemos deducir en este caso la inacción de los derivados sulfanilamídicos en la complicación serosa que contrasta, con su eficiencia en la uretro-prostatitis durante su faz aguda

y la indiferencia en su período crónico ulterior. Al subrayar estas deducciones no nos mueve un espíritu derrotista para con una medicación admirable pero sí, es necesario recordar en todo momento que los medicamentos útiles de ayer no deben ir al canasto precipitadamente. La quimioterapia y los métodos biológicos deben ser utilizados ambos si así lo requiere el proceso que aqueja al enfermo.
