



Año 1916

N.º 3210

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# Vacunoterapia gónocócica

## EN GINECOLOGÍA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ALBERTO W. FITZ SIMON**

Ex-practicante externo del Hospital Español (1912-1913)

Ex-practicante mayor del Hospital Vecinal Las Heras (1914-1915)

Ex-practicante mayor del Hospital Vecinal J. M. Bosch (1915-1916)

Ex-practicante menor y mayor por concurso de examen del Hospital Rivadavia  
(1914-1915-1916)

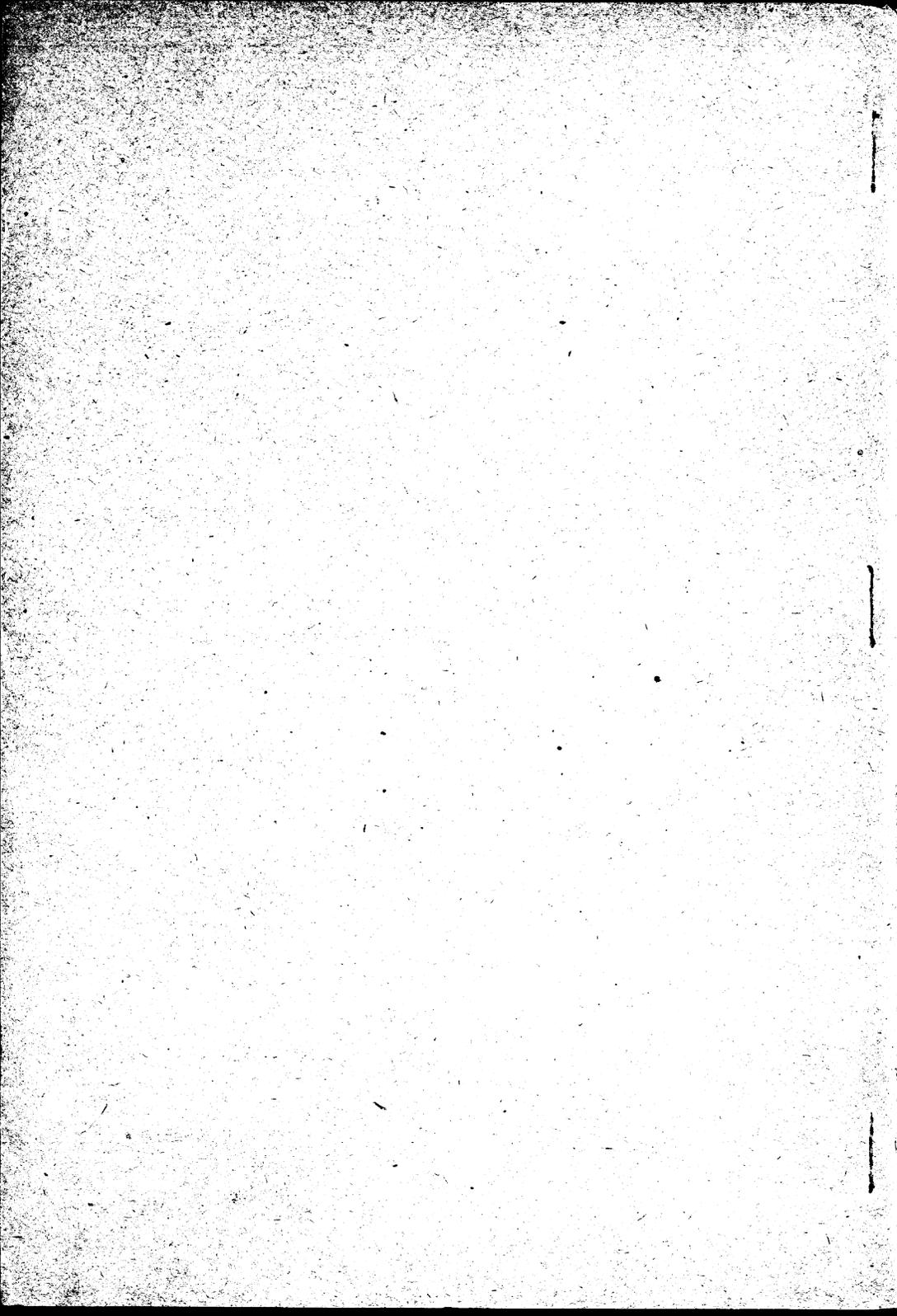


BUENOS AIRES

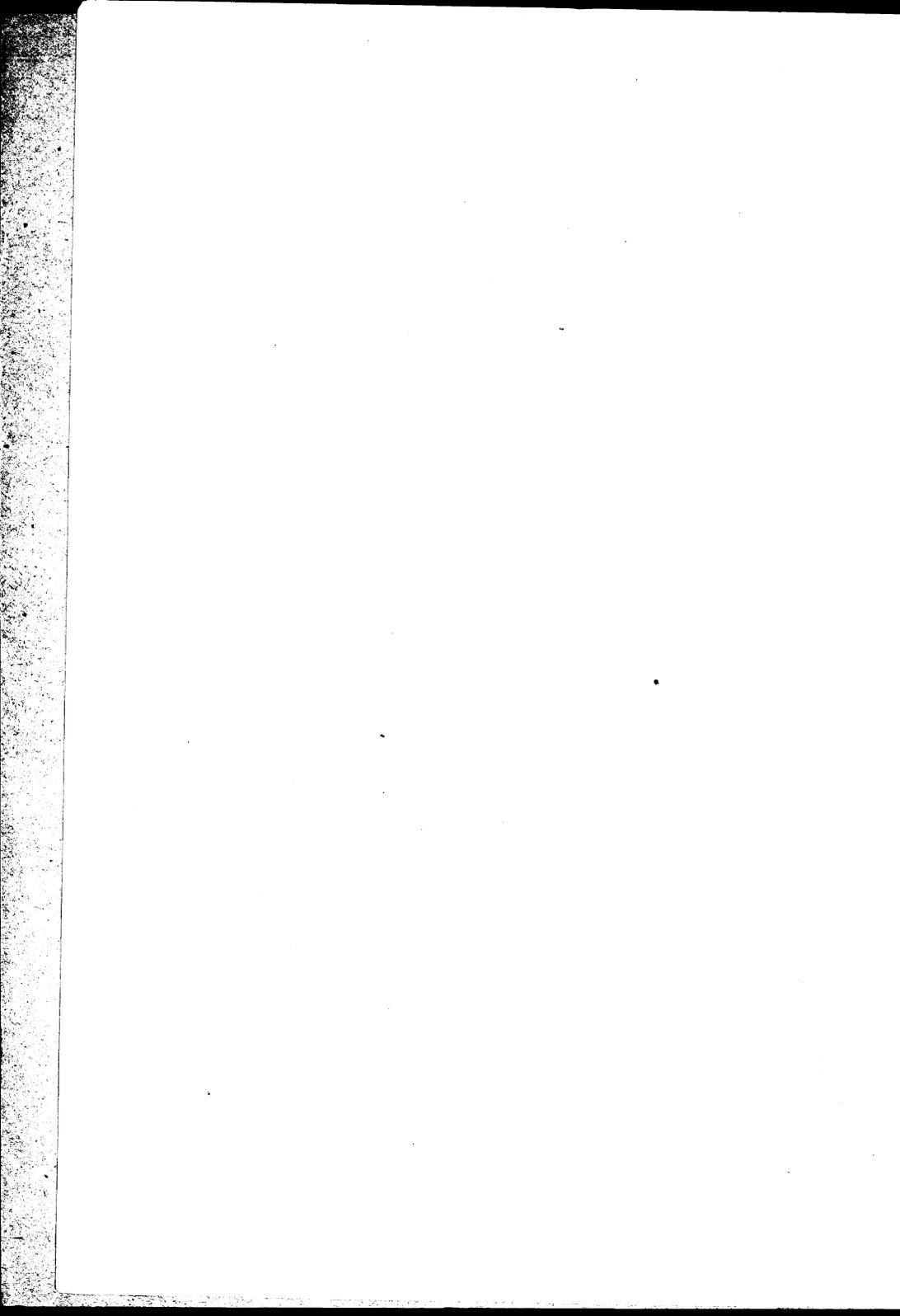
IMP. BOSSIO & BIGLIANI — CORRIENTES 3151

1916

*Mix. B. 42.5*



**VACUNOTERAPIA GONOCÓCCICA**  
**EN GINECOLOGÍA**



**Año 1916**

**N.º 3210**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

# **Vacunoterapia gonocócica**

## **EN GINECOLOGÍA**

---

**T E S I S**

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**ALBERTO W. FITZ SIMON**



BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI · CORRIENTES 3151

1916

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

*Artículo 162 del R. de la Facultad*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

### Vice-Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

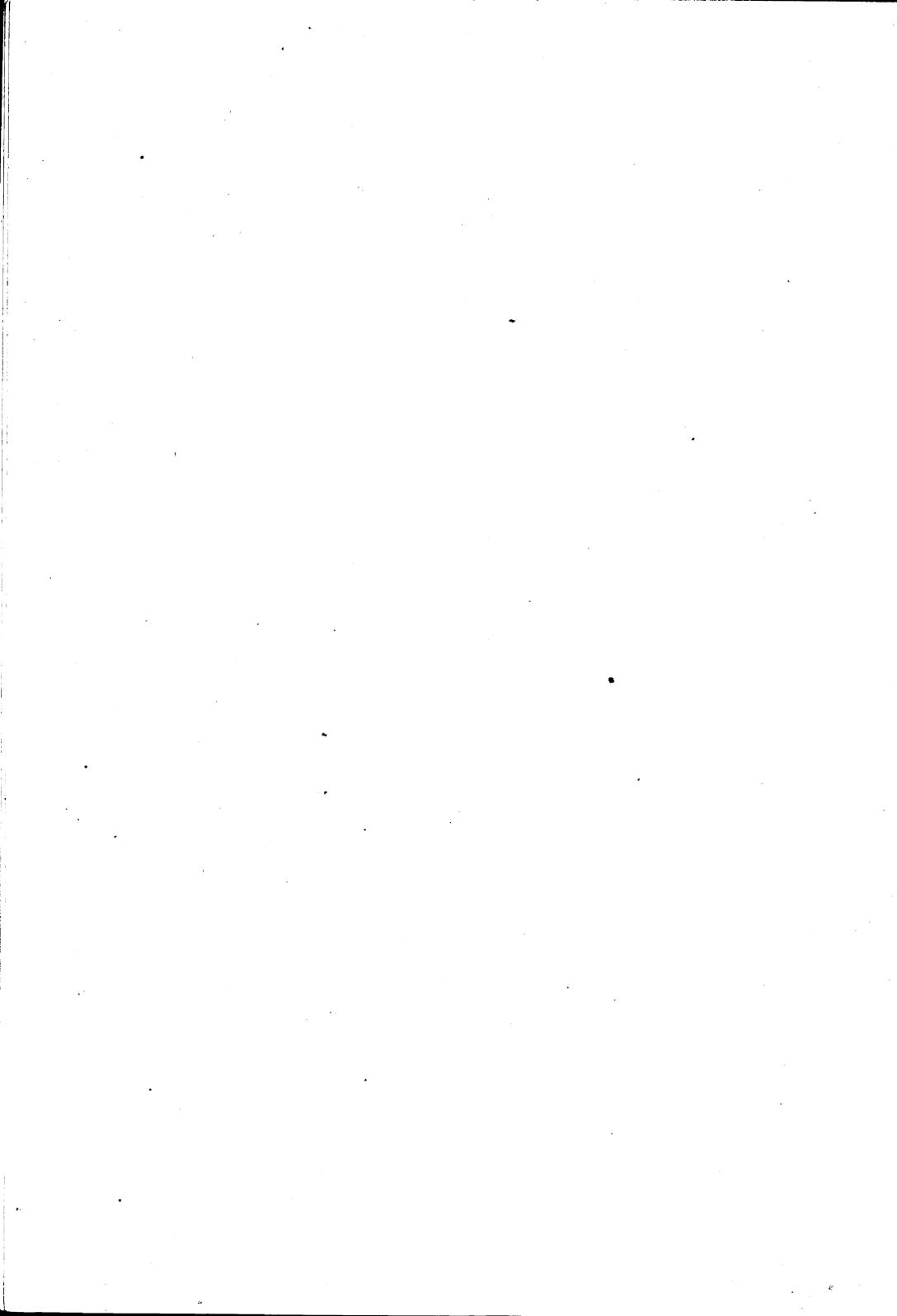
### Miembros Titulares

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. » » BALDOMERO SOMMER
19. » » DESIDERIO F. DAVEL
20. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. » » DOMINGO CABRED
22. » » ABEL AYERZA
23. » » EDUARDO OBEJERO

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

» » MARCELINO HERRERA VEGAS



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » OSVALDO CRUZ
6. » » ALOYSO DE CASTRO



# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

---

## **Decano**

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

## **Vice Decano**

DR. D. CARLOS MALBRAN

## **Consejeros**

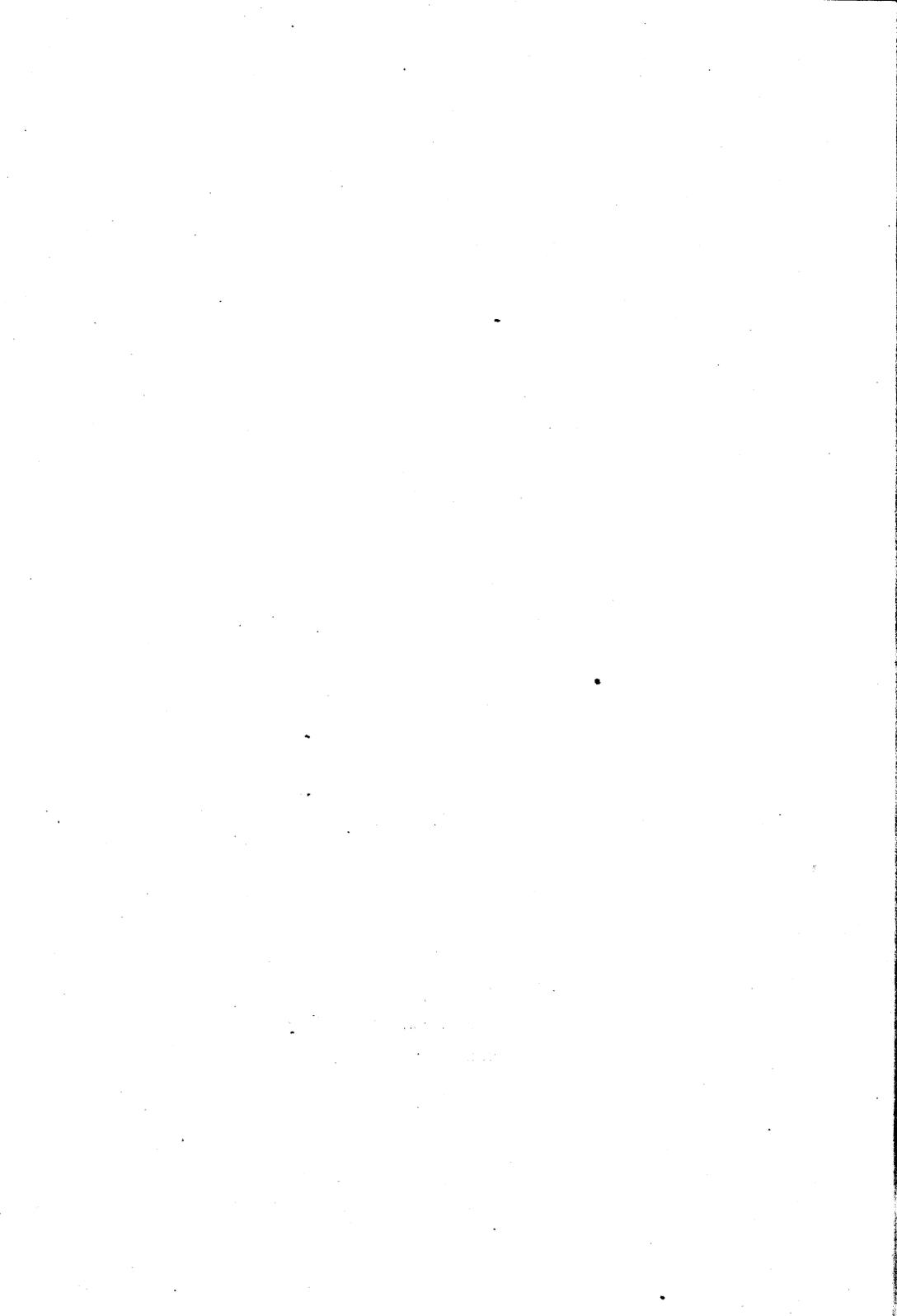
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » 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 PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

## **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU
-



## ESCUELA DE MEDICINA

---

### PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



## ESCUELA DE MEDICINA

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



# ESCUELA DE MEDICINA

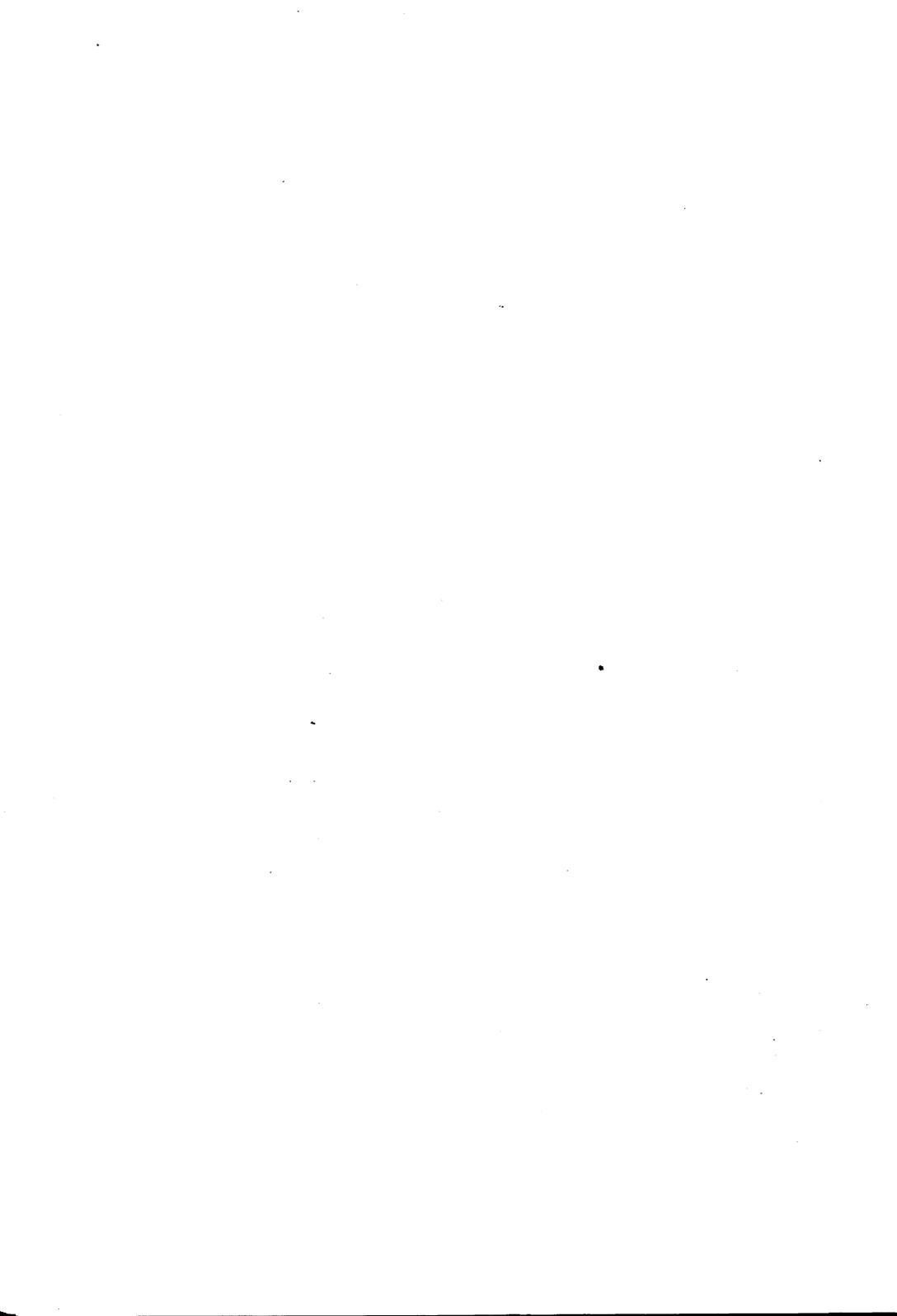
## PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica .....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología .....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica .....	» JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología .....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica .....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica .....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica .....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria .....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica .....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica .....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica .....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica .....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGA
Patología Interna .....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	» ELISEO V. SEGURA



## ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	Dr. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	» GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	» SILVIO E. PARODI
	» EUGENIO GALLI
	» FRANK L. SOLER
Fisiología general y humana.....	» BERNARDO HOUSSAY
	» RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología.....	» SALVADOR MAZZA
Química Biológica.....	» BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica.....	» FELIPE A. JUSTO
	» MANUEL V. CARBONELL
Semiología y ejercicios clínicos.....	» CARLOS BONORINO UDAONDO
	» ALFREDO VITON
Anatomía patológica.....	» JOAQUÍN LLAMBIAS
Materia médica y terapéutica.....	» ANGEL H. ROFFO
Medicina operatoria.....	» JOSÉ MORENO
	» ENRIQUE FASOCCHIETTO
	» CARLOS ROBERTSON
Patología externa.....	» FRANCISCO P. CASTRO
	» CASTELFORT LUGONES
	» NICOLÁS V. GRECO
Clínica dermato-sifilográfica.....	» PEDRO L. BALIÑA
» Génito urinaria.....	» JOAQUÍN NIN POSADAS
	» FERNANDO H. TORRES
» epidemiológica.....	» FRANCISCO DESTEFANO
	» ANTONIO MARCO DEL PONT
» oftalmológica.....	» ENRIQUE B. DEMARIA (en ejerce.)
	» ADOLFO NOCETI
» oto-rino-laringológica.....	» JUAN DE LA CRUZ CORREA
	» MARTIN CASTRO ESCALADA
Patología interna.....	» PEDRO LABAQUI
	» LEONIDAS JORGE FACIO
	» PAULO M. BARLARO
	» EDUARDO MARINO
	» JOSÉ ARCE
	» ARMANDO R. MAROTTA
	» LEIS A. TAMINI
	» VIGUEL SESSINI
Clínica quirúrgica.....	» ROBERTO SOLÉ
	» PEDRO CHUTRO
	» JOSÉ M. JORGE (H.)
	» OSCAR COPPELLO
	» ADOLFO F. JANDIYAR
» Neurológica.....	» VICENTE DIMITRI
	» RÓMULO H. CHIAPPORI
	» JUAN JOSÉ VITÓN
	» PABLO J. MOHSALINE
	» RAFAEL A. BULLRICH
	» IGNACIO IMAZ
» Médica.....	» PEDRO ESCUDERO
	» MARIANO R. CASTEX
	» PEDRO J. GARCÍA
	» JOSÉ DESTEFANO
	» JUAN R. GOYENA
	» JUAN JACOB O SPANGEMBERG
	» MAMERTO AGUÑA
	» GENARO SISTO
» pediátrica.....	» PEDRO DE ELIZALDE
	» FERNANDO SCHWEIZER
	» JUAN CARLOS NAVARRO
	» JAIME SALVADOR
» ginecológica.....	» TORIBIO PICCARDO
	» CARLOS R. URIO
	» OSVALDO L. POTLARO
	» ARTURO ENRIQUEZ
» obstétrica.....	» ALBERTO PERALTA RAMOS
	» FAUSTINO J. TRONQUE
	» JUAN B. GONZÁLEZ
	» JUAN C. RISSO DOMÍNGUEZ
Medicina legal.....	» JUAN A. GARASTOU
	» ENRIQUE A. BORO
	» JOAQUÍN V. GRECO
	» JAVIER BRANDAN
	» ANTONIO PODESTÁ



## 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 ODONTOLOGIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año .....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año .....	» LEÓN PEREYRA
3.er año .....	» N. ÉTCHEPAREBORDA
Protesis Dental .....	SR. ANTONIO GUARDO

### **Catedráticos suplentes**

DR. ALEJANDRO CABANNE (3<sup>er</sup> año)  
» TOMÁS S. VARELA (2º año)  
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)



PADRINO DE TESIS:

DOCTOR MARCOS LÓPEZ MOLINA

Jefe del Servicio de Radiología y Electroterapia del Hospital Rivadavia



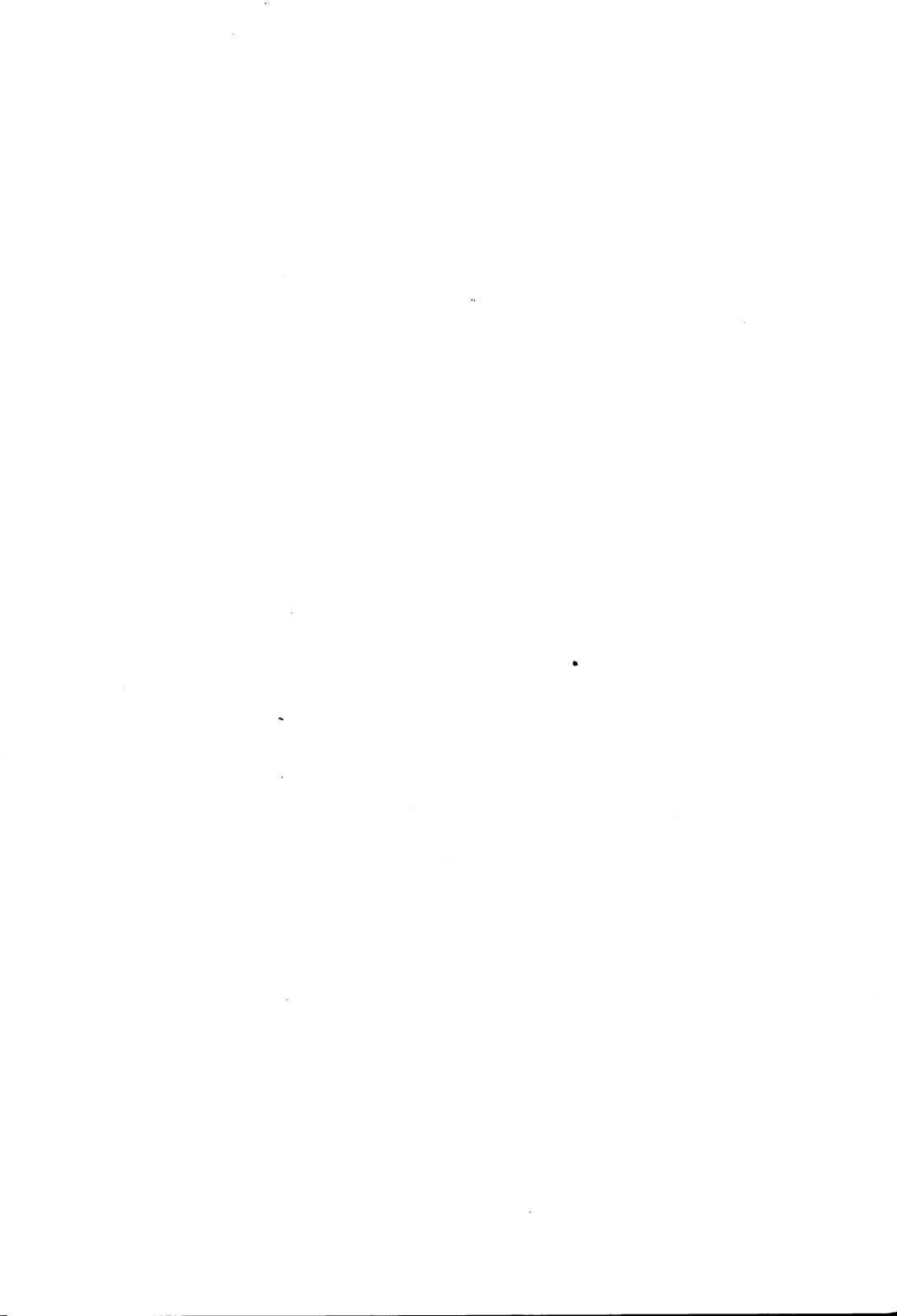
A LA MEMORIA DE MI PADRE



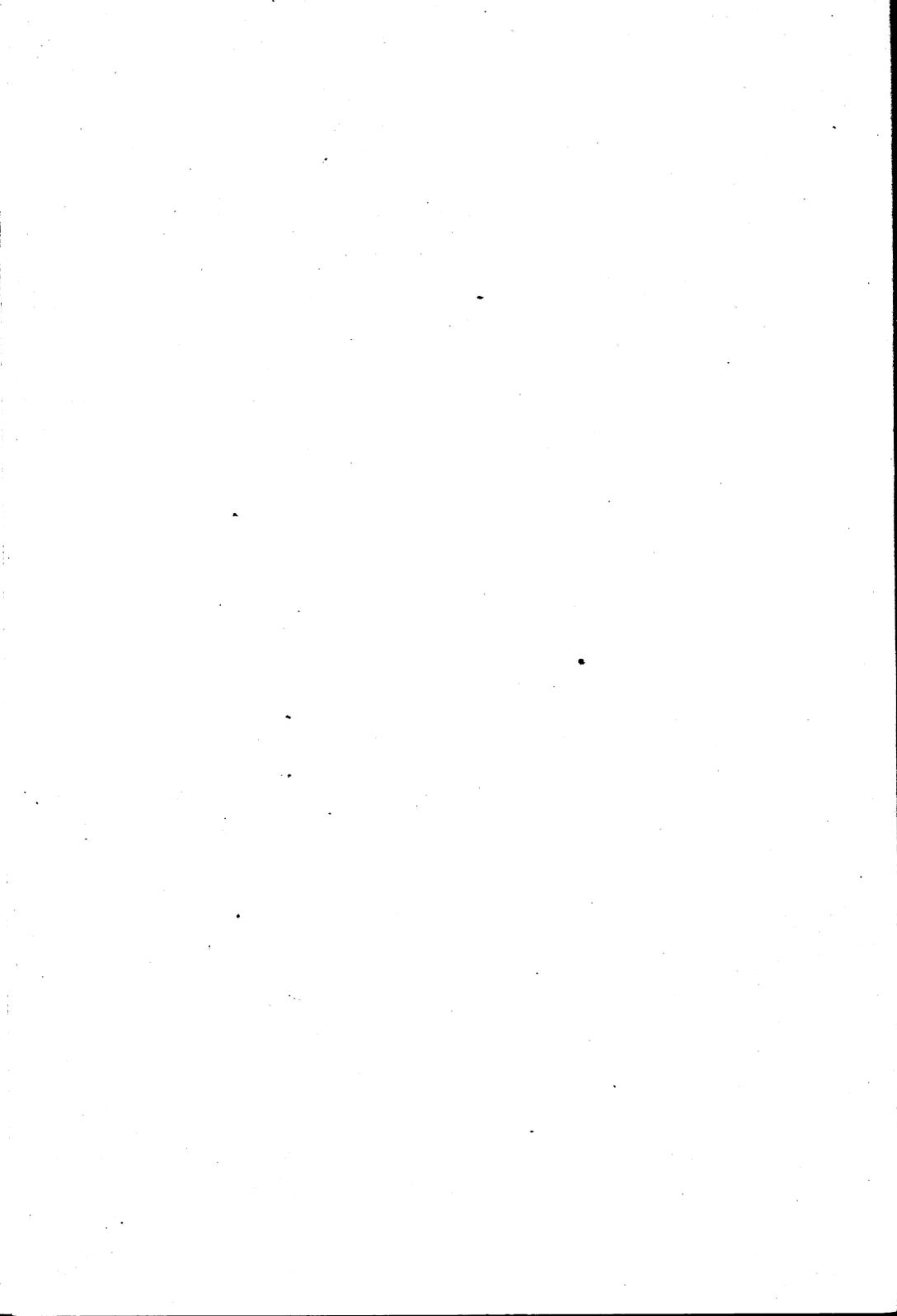
A MI MADRE



A MI TIO SANTIAGO H. FITZ SIMON



A MI TIO DR. ALBERTO BALBASTRO



Señores Académicos :

Señores Concejeros :

Señores Profesores :

Cumpliendo con una prescripción reglamentaria de la Facultad de Medicina, someto a vuestra consideración el presente trabajo, como prueba final para optar al título de doctor en medicina.

Este trabajo es un estudio de conjunto de lo que se ha hecho hasta hoy en Ginecología para obtener la curación de la blenorragia y sus complicaciones por medio de las vacunas anti-gonocócicas.

El porvenir dirá si la vacunaterapia alejará para siempre el peligro de la intervención quirúrgica y sus consecuencias. Con ello se habría realizado un gran progreso en favor de la Ginecología conservadora.

Debo expresar en estas páginas mi agradeci-

miento a los que han sido mis maestros en la Facultad y en el Hospital.

Al Dr. Marcos López Molina mi gratitud por haberme proporcionado el tema de tesis y por el honor que me hace acompañándome como padrino.

Al profesor suplente Dr. Angel H. Roffo con quien me inicié en los comienzos de mi carrera en los trabajos de laboratorio debo recordarlo especialmente.

A los doctores: Samuel Molina, J. M. Caballero, Luis F. Vila, Pedro Ghiso, Manuel Ocampo y Antonio Villanueva en cuyos servicios actué como practicante en el hospital Rivadavia mi agradecimiento por sus atenciones y enseñanzas.

Igualmente debo recordar en estas páginas a los médicos internos doctores Twaites, Lastra, Pérez Ruiz y Bengolea.

A los médicos y compañeros del hospital Rivadavia mi amistad.

Al Director del hospital J. M. Bosch, Dr. Guillermo H. Andreau mi profundo agradecimiento por sus enseñanzas y las atenciones que tuvo para conmigo.

Mi recuerdo afectuoso a los médicos y practicantes de los hospitales Las Heras y Bosch en cuya compañía compartí las felices horas de internado.

## **Blenorragia en general en la mujer**

El coito es la causa principal de la infección blenorragica en la mujer; no solo en las formas agudas y sugagudas sino sobre todo en las formas crónicas; la gota militar considerada durante mucho tiempo como inofensiva, es el origen más común en las jóvenes casadas.

En reposo la gota militar del hombre conserva de una manera indefinida su apariencia insignificante. Muchas veces el examen bacteriológico no logrará descubrir en ella los gonococos, los cuales permanecen ocultos largo tiempo en las glándulas de la uretra, escapan en ocasión de las excitaciones prolongadas y repetidas de las primeras noches conyugales, encuentran en la inflamación banal de la mucosa vulvo-vaginal que se halla en la recién casada irritada por la desfloración un terreno fértil para prosperar.

La puerta de entrada del gonococo: la vulva,

uretra, glándula de Bartholin y la vagina. Estas localizaciones pueden o no hacerse al mismo tiempo, no son todas elegidas de idéntica manera por el diplococo en el organismo femenino. Puede elegir el fondo de saco vaginal posterior y el cuello del útero; el árbol de la vida con sus sinuosidades y repliegues constituyen excelentes nidos para su alojamiento y persistencia, de una deses- perante.

#### **Blenorragia uretral y para-uretral**

La blenorragia de la uretra es un síntoma frecuente en la infección en la mujer.

El comienzo se hace por una exudación serosa en la cual se encuentran numerosas células epiteliales entre las cuales se encuentran gonococos.

Desde el tercer día nos encontramos en presencia de síntomas semejantes a la uretritis del hombre. El orificio uretral se vuelve rojo, su mucosa se atrofia, deja salir pus amarillo, que puede ponerse de manifiesto introduciendo un dedo en la vagina, el que hace presión de atrás a adelante al canal uretral. Como síntomas subjetivos tenemos: Necesidad frecuente de orinar, sensación de cosquillas antes y después de la micción; pero estos síntomas tienden a desaparecer y de la tercera a la cuarta semana la mucosa adquiere su aspecto normal y es solamente con la presión de que hablamos que puede revelarse la ure-

tritis, la que hace aparecer la gota purulenta en el orificio uretral. La duración de la uretritis es de cuatro a diez semanas. En caso de no tratarse pasa al estado crónico.

En la gonorrea crónica los síntomas pasan desapercibidos.

En estos casos se observan papilas y carúnculas al nivel del orificio uretral.

Por el tacto se siente la uretra dura y espesa.

En esta uretritis los gonococos son abundantes y ocupan sean las células, sean los filamentos que se encuentran en la orina.

Las pequeñas glándulas anexas a la uretra pueden infectarse.

#### **Localización en la vejiga ureter, etc.**

En el curso de la uretritis gonocócica se observan perturbaciones que nos indican una perturbación vesical: dolores antes y durante las micciones, hematuria. Estas sistitis en un tiempo negadas son hoy día aceptadas por todos los autores. En la orina muy turbia, por el examen bacteriológico y los cultivos, nos revelan la presencia de gonococos.

#### **Vulvitis**

Frecuente en las niñas, la vulvitis gonocócica es rara en la mujer. La forma aguda se caracteriza por edema de los pequeños labios, pus al nivel de

la vulva y abajo de la secreción se encuentran ulceraciones dentelladas. Los ganglios inguinales son ingurgitados. La evolución es rápida, en quince días se tiene la curación.

### **Bartholinitis**

La infección gonocócica de la glándula de Bartholin es frecuente y puede aparecer en todos los estados de la infección. La bilateralidad es frecuente en el período agudo y crónico, al contrario la formación de abceso que se observa en un tercio de los casos es unilateral.

Cuando no hay abceso los síntomas son obscuros, descubriendo su orificio se observa rubicundez y ectropión de la mucosa del canal excretor. Haciendo presión aparece pus en cantidad más o menos abundante.

Al estado crónico la Bartholinitis puede durar años presentando períodos agudos.

Se observa en el curso de la bartholinitis retención purulenta que se evacúa espontáneamente por el canal excretor o el enfermo las evacua el mismo cuando sienten una sensación de tensión a ese nivel.

Deja una fístula que dura largo tiempo.

La mayoría de los llamados absesos son pseudo absesos, quedando la glándula intacta, siendo solo una retención purulenta del canal. Los ver-

daderos abscesos tienen fenómenos inflamatorios intensos, ganglios inguinales, etc.

### **Vaginitis**

Durante un tiempo fué negada la vaginitis blenorragica. Observaciones posteriores demostraron su existencia, junto a la uretritis, etc.

Como síntomas tenemos: pus al nivel de las partes genitales, conteniendo gonococos; pequeños labios rojos, edematizados. El tacto es doloroso y permite constatar una sensación de calor intenso. El examen al espéculum nos demuestra una vagina roja. La enfermedad dura de tres a cuatro semanas.

La gonorrea crónica de la vagina no existe.

### **Localizaciones uterinas**

El útero es con la uretra el sitio de predilección de la infección gonocócica.

Después del coito los gérmenes son depositados sea directamente al nivel del orificio externo del cuello, sea en los filamentos glerosos que la mayoría de las mujeres tienen en la mucosa del hocico de tenca y es caminando a lo largo de estos filamentos que penetran los gonococos a la matriz.

Antes de la era bacteriana las más diversas opiniones existían respecto a la frecuencia y evolución de la gonorrea uterina.

En el momento actual gracias a los exámenes

bacteriológicos, la noción de la frecuencia de la blenorragia uterina es indiscutible.

En la cervicitis blenorragica aguda el cuello se pone rojo y congestionado; a través del orificio externo la mucosa uterina hace hernia, bajo la forma de dos rodetes y por la presión aparece un pus amarillo verdoso. Se nota al nivel del cuello una foliculitis supurada.

En estos casos la mujer siente dolores al nivel del bajo vientre, que son influenciados por la marcha.

El cuadro cambia cuando la infección pasando el orificio externo se fija en la cavidad uterina. Esta metritis puede aparecer a consecuencias de una cervicitis crónica.

En el primer caso el examen al espéculum no da ningún dato que permita pensar en una infección total de la cavidad uterina, sólo el tacto nos muestra un útero tenso y doloroso, sea al nivel del fondo del cuello. Las enfermas sienten dolores espontáneos, sensación de tensión, etc.

La temperatura que en las cervicitis se eleva muy poco, puede en la metritis alcanzar 39° con escalofríos que duran varios días.

Cuando la metritis es consecuencia de una cervicitis las reacciones dolorosas y térmicas son menos violentas y la secreción glerosa de la cervicitis se cambia por una supuración franca.

Sea primitiva o secundaria la metritis no tiene

una duración larga, desaparece todo fenómeno doloroso y la enferma vuelve a sus ocupaciones persistiendo sólo el flujo purulento.

En estado crónico la blenorragia es casi siempre localizada al nivel del cuello. El único síntoma es un derrame purulento que puede ser gleroso; observándose gonococos. En estos casos se encuentran erosiones de la mucosa.

Una infinidad de enfermas vienen a consultarnos por disturbios urinarios o rectales, caracterizados por tensismo. Estos fenómenos dependen de una cervicitis crónica y que solo un examen metódico puede descubrir. Al nivel del cuerpo la infección crónica evoluciona de la misma manera con las mismas exacerbaciones; su localización se pone de manifiesto por los trastornos mensuales caracterizados por dolores y metrorragias.

La blenorragia crónica del útero, dura meses y años, durando en algunos casos cuatro o cinco años.

#### **Blenorragia de los anexos**

Las causas que favorecen o determinan la infección de los anexos son las que permiten a los gérmenes patógenos penetrar a ellos. En primer lugar tenemos las metritis cuya desesperante cronicidad constituye un foco permanente de contagio. Entre estas metritis, la blenorragica es

la que ocupa el primer puesto por su frecuencia y por su tendencia a invadir las trompas.

Existen diversas teorías para explicar la transmisión de la infección a los anexos.

La vía mucosa, que se continúa directamente desde el útero hasta las trompas, llega hasta la embocadura del pabellón desde donde invade el peritoneo. Se objeta a esto que las lesiones más notables se localizan en la región externa de la trompa, mientras la interna próxima al útero permanece poco menos que indemne.

Champroniere ha sostenido que la infección sigue la vía linfática. Existen entre la mucosa uterina, las trompas y los ovarios innumerables comunicaciones linfáticas; la red uterina se continúa directamente con la red tubaria.

Se puede aceptar que una y otra vía de infección existen, pero según Raymond las diversas especies patógenas tienen una vía predilecta, así el gonococo penetraría desde el útero a las trompas siguiendo la vía mucosa e iría a invadir el ovario por su periferia, inflamando a su paso el peritoneo.

El gonococo en el cuerpo del útero como vimos, determina una metritis aguda y de esa cavidad gana el orificio de las trompas y a pesar del sentido contrario del movimiento de las cilias vibrátiles, encuentra en la mucosa de dicho órgano condiciones favorables para su estancamiento y

desarrollar una salpingitis, la cual puede determinar o bien el proceso flegmático que tiene por asiento casi único la mucosa de dicho órgano no es tan acentuada como para formar sinuosidades y repliegues que lleven a cerrar la comunicación tubaria con el útero, quedando reducida a una salpingitis gonocócica susceptible de llegar a la curación por medios médicos o producirse la obliteración y estando abierto el ostium abdominal y por los movimientos de dicha trompa se derrame en el peritoneo pequeñas cantidades de pus que según la virulencia y la frecuencia de dichos derrames provocará del lado de las serosas una mayor o menor extensión del proceso que constituirá una pelviperitonitis, con todas las adherencias posibles.

En otros casos el ostium abdominal cerrado desde los comienzos del proceso, se produce la colección del pus dentro de la trompa formando un piosalpinx. El pabellón puede obliterarse por adherencias al ovario por su cara externa peritoneal. Se aboca contra la superficie ovárica. Se abre en una cavidad purulenta del ovario formando un absceso tubo-ovárico.

Se distinguen dos clases de infecciones de los anexos:

1.º—Oosforosalpingitis simple y 2.º salpingoovaritis quísticas que en nuestro caso solo nos interesan las de contenido purulento (piosalpinx).

Las enfermas sienten dolores violentos en el abdomen acompañados algunas veces de nauseas y hasta de vómitos.

Estas enfermas tienen un pasado de metritis, pero la extensión de las trompas de la infección uterina se traduce por un recrudecimiento de los dolores, que son en el hipogastrio, región lumbar, muslos, sensación de peso en el periné y abdomen. El período menstrual tiene para los dolores una influencia desfavorable.

Cuando el dolor se acentúa y la salpingitis se presenta con caracteres agudos, aparece la fiebre, que se acentúa cuando se añade una infección perisalpingiana. En las formas crónicas que suceden casi siempre a las salpingitis agudas, la temperatura continúa normal. Se observan trastornos menstruales; reglas dolorosas, difíciles, aumentan en cantidad y duración.

El volumen de los anexos enfermos produce la sensación de una nuez, un huevo, una naranja, etc. Es frecuente ver los anexos enfermos caer en el fondo de saco posterior. En este caso son percibidos fácilmente por el tacto, bajo la forma de una masa dura, que ocupa el fondo de saco lateral y una parte posterior, que en los casos de piosalpinx forma en la vagina por detrás del cuello una saliencia considerable y entre el cuello y el tumor se encuentra un surco.

Las lesiones anexiales tienen una marcha casi

siempre crónica, se observan casos sin embargo de marcha bastante aguda. Como accidentes graves en estos casos tenemos la ruptura de la trampa enferma, que si no se interviene a tiempo termina casi fatalmente.

Pero estos hechos son relativamente raros, siendo más común ver pasar al estado crónico y hasta los trastornos pueden desaparecer.

Pero esto no es la regla, después de una mejoría pasajera, bajo una influencia cualquiera, infección nueva, fatiga, etc., se despiertan las lesiones dormidas. Los dolores recrudecen, asistimos a una nueva crisis aguda.

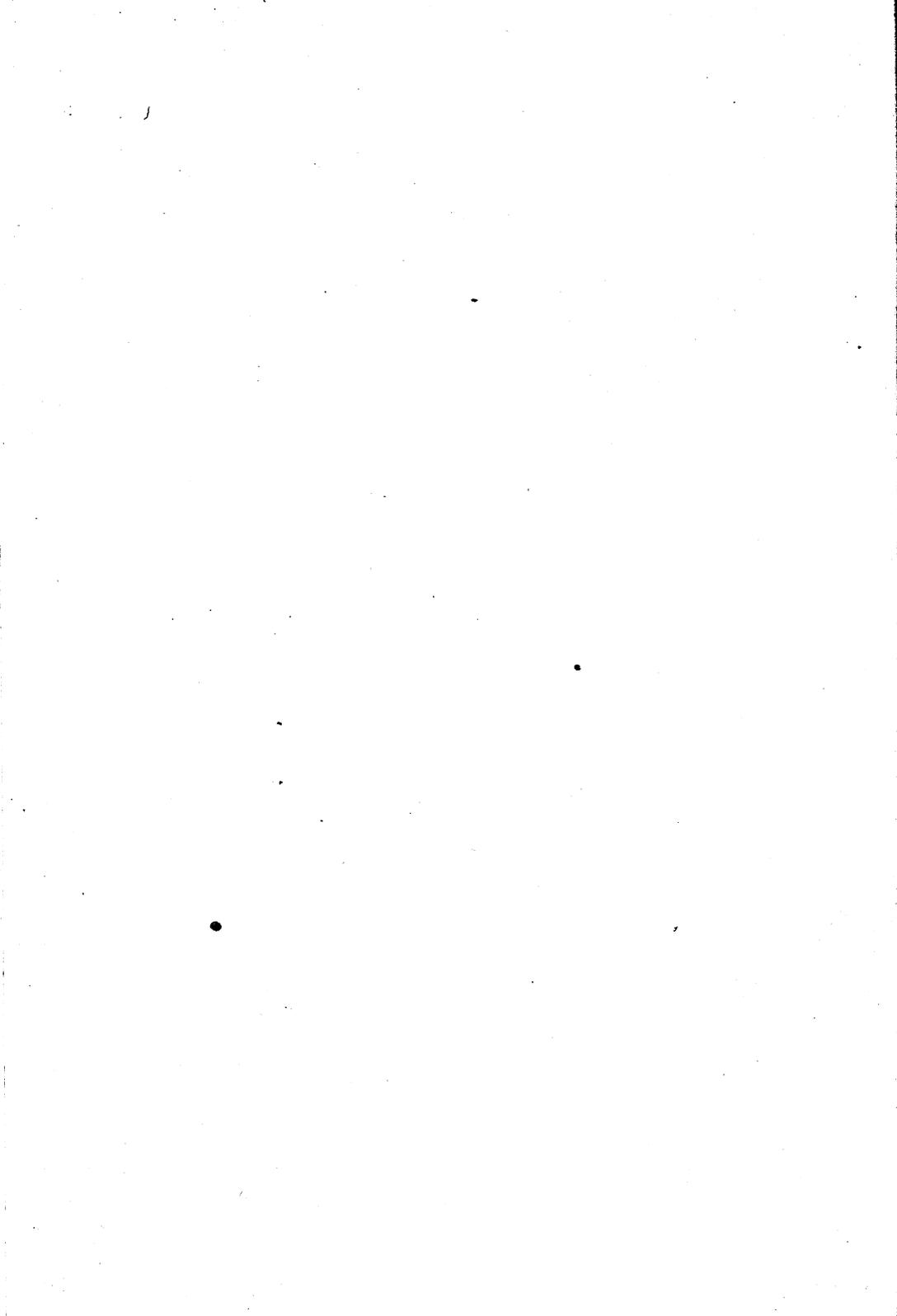
Estas enfermas amenazadas siempre por accidentes agudos, son verdaderas incapacitadas, condenadas mucho tiempo al reposo en el lecho.

### **Pelviperitonitis**

Las oóforosalpingitis constituyen casi siempre el punto de partida de las lesiones. Se trata de enfermas atacadas de oóforosalpingitis viejas. Con motivo de una fatiga, una menstruación o una exploración, los fenómenos dolorosos recrudecen, hay fiebre, el todo revela aumento de volumen de los anexos enfermos.

Este es el cuadro de la pelviperitonitis de naturaleza blenorragica.

---





## CAPITULO II

### **Terapéutica de la blenorragia y sus complicaciones en la mujer**

En la hora actual la terapéutica dispone para el tratamiento de la blenorragia femenina y sus complicaciones de un método antiséptico local empleado durante largos años, otro para las complicaciones: el quirúrgico, y por último otro moderno, de actualidad, nacido del método de Wright: la vacunoterapia. Es un método de terapéutica general.

*Blenorragia* —En la blenorragia aguda algunos especialistas se contentan con dejar tranquila a la blenorragia, emplean solo lavajes externos. Otros que son la mayoría hecho el diagnóstico se comienza el tratamiento. Este consiste en lavajes antisépticos de la uretra y vagina, sea con oxicianuro de mercurio y con permanganato de potasio y pasados unos días se hacen instilacio-

nes de nitrato de plata al 1 por ciento, luego al 2 y 3 por ciento.

En los casos subagudos y crónicos el tratamiento consiste en aplicar varias veces por día solución de nitrato de plata por medio de una jeringa o una sonda. En otros recomiendan el ictiol al 1 o 5 por ciento, la arglutamina, etc. En estos casos las instilaciones pueden emplearse con más confianza que en los agudos. Cuando ha invadido la vejiga y hay fenómenos de sistitis se emplean instilaciones de nitrato de plata. Con las vacunas mejoran las uretritis y se facilitan otros tratamientos.

#### **Terapéutica de la blenorragia de la vulva y vagina**

En las vulvevaginitis se emplean lavajes anti-sépticos. En el adulto se pueden dejar tapones yodoformados.

#### **Bartholinitis**

En los casos de pseudoabcesos por medio de agujas o finos estiletes se penetra en el canal, se evacúa el pus y se continúa con curas anti-sépticas.

La tintura de yodo, el nitrato de plata, yodoformo, fenol, se emplean con objeto de obtener la degeneración fibrosa de la glándula. En los casos de abcesos la incisión deja fistulas interminables. La inoculación de la glándula da buenos resultados.

### **Terapèutica de la blenorragia uterina**

De los estudios hechos de las lesiones que el gonococo produce en el útero se han sacado deducciones terapéuticas. Los gonococos ocupan el sitio comprendido entre las células epiteliales y penetran hasta el nivel del tejido conjuntivo subepitelial. El tratamiento sería destruir todos los focos.

En las multíparas se debrida el orificio externo, cuando las incisiones son cicatrizadas se abren con pinzas los labios del cuello y se hacen aplicaciones del nitrato de plata del 1 al 5 por ciento, cloruro de zinc, etc., hasta obtener una capa blanca uniforme.

Caída esta capa blanca se repiten las aplicaciones si no se obtiene mejoría, se ataca la matriz entera.

Con casi todos los tratamientos habituales las metritis son rebeldes, se obtienen mejorías pasajeras.

Con las vacunas sino la curación se obtienen rápidas mejorías y ayudan a otros tratamientos.

### **Tratamiento de las infecciones anexiales**

Está indicado en las formas agudas: inmovilidad, hielo al vientre, morfina u opio para los dolores. Las nauseas y vómitos se combaten con dieta.

En las fases subagudas y crónicas se pueden tentar como tratamiento las irrigaciones calientes rectales y vaginales.

En este momento se reemplaza el hielo por las curaciones calientes, es decir por la *termoterapia*.

Se emplean en las formas crónicas además las curaciones vaginales con glicerina ictiolada. Igualmente el masaje y la gimnasia son indicadas.

Cuando el tratamiento médico fracasa se recurre a la intervención oóforosalpingectomía, histerectomía subtotal, salpingectomía sola, etc.

La curación completa de esta lesión era rara, por los medios médicos sólo se obtenían mejoras, y bajo cualquier influencia, fatiga, excesos, etc., sufrían una nueva crisis.

Solo la intervención quirúrgica estaba indicada.

La castración completa acarrea la esterilidad, unida a la insuficiencia ovárica, disturbios nerviosos, etc., evitables estas dos últimas, es cierto, siguiendo un tratamiento racional, que no siempre se hace.

Con la vacunoterapia se evita la intervención en muchos casos, en otros se facilita y se hace más conservadora.

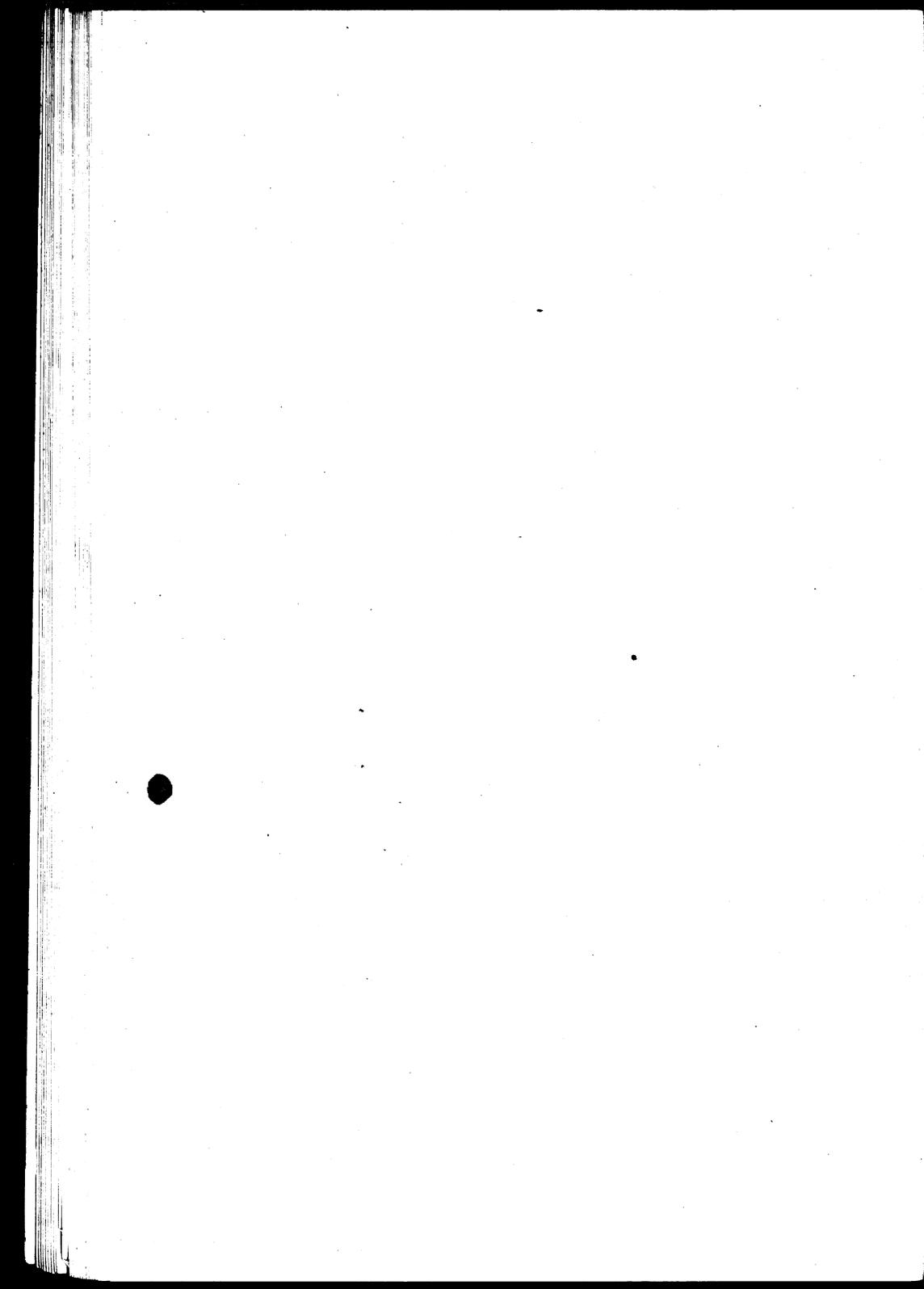
#### **Terapéutica de la pelviperitonitis**

Como tratamientos habituales, tenemos: hielo al vientre, reposo, opio, morfina, etc.

Algunos casos curan con el tratamiento médico,

pero la mayoría necesitan una intervención: desprendimientos de adherencias, histerectomía, etcétera.

Con las vacunas los fenómenos locales y generales mejoran rápidamente, las adherencias desaparecen y curan. En los casos rebeldes preparan y facilitan la intervención.



## CAPITULO III

### **La vacunoterapia en general**

La vacunoterapia es el tratamiento preventivo o curativo de las enfermedades infecciosas por la inoculación directa en el organismo de un virus atenuado convenientemente y suficientemente para concederle una resistencia eficaz.

La acción de las vacunas tiene por fundamento los procesos íntimos de la inmunidad, puestos de manifiesto por la experiencia del laboratorio y la práctica médica.

Las propiedades preventivas de las vacunas son conocidas desde hace mucho tiempo y han sido confirmadas por todos los observadores de una manera que no deja lugar a dudas.

Una inyección otorga al sujeto enfermo cierto grado de inmunidad que lo hace refractario a una nueva infección durante un tiempo más o menos largo.

Las experiencias inspiradas en el descubrimiento de Jenner y realizadas en el hombre y los animales con el empleo de cultivos de gérmenes patógenos, hicieron deducir que se podría obtener una resistencia igual a la conferida por un contagio inoculando el antígeno sin enfermedad.

De estas deducciones se originaron las vacunas de Pasteur contra el cólera de las gallinas y el carbunco de los animales, las vacunas de Haffkine para el cólera y la peste y la de Wright para la tifoidea.

La vacunoterapia o bacterioterapia que se inicia con todo éxito y mayor desarrollo alcanzado, es la antitífica.

Rumf trató de hacer una vacuna antitífica inyectando cultivos esterilizados del piocianico; los resultados fueron inciertos. Krüger inyecta a los enfermos de tifoidea una emulsión de bacilos típicos en solución fisiológica, a la que hace pasar una corriente eléctrica durante 8 horas.

Franckel en 1893 hace una emulsión de bacilos de Eberth sometidos a 60°. Petrusky modifica en 1902 este procedimiento agregando suero a la vacuna.

Fué como ya vimos Wright quien dió más impulso a la vacunoterapia, haciendo que desde 1908 se practique no sólo la antitífica sino también la de todas las enfermedades bacterianas.

Y así vemos aparecer gran número de experi-

mentadores publicando casos de diversas enfermedades infecciosas tratadas por vacunas.

La gonorrea y sus complicaciones no ha escapado a esa corriente y vemos aparecer diversas vacunas que la curan con éxito.

Con el empleo de las vacunas se ha logrado conferir al individuo un grado tal de resistencia para las infecciones, que lo hacen totalmente refractarios a ellas, que en igualdad de condiciones no pueden resistirla otros individuos.

Durante largo tiempo se las emplea como medios exclusivamente profilácticos, las vacunas han entrado en el campo de la terapéutica, ocupando en el momento actual la vacunoterapia un lugar importante en las ciencias médicas.

Ya Wright, en su obra «Studies on immunisation» nos dice en una forma sentenciosa la importancia que en el futuro iba adquirir la vacunoterapia.

La vacunoterapia se aplica desde hace muchos años, en nuestro país. Dos años después de practicados los primeros ensayos de vacunación preventiva, el Dr. Méndez aplica en 1898 la «Vacuna argentina» contra el carbunco, consiguiendo producir en el animal inoculado un efecto preventivo y curativo.

Fué la primera aplicación de una vacuna a la vez preventiva y curativa, como consta en los

anales de las ciencias médicas y coronada por el éxito de un resultado favorable.

El mismo Méndez publica una serie de casos de tifoidea tratados por su *remedio tífico*.

En 1907 Bonorino Cuenca hace algunas aplicaciones usando la vacuna Pfeiffer y Kolle. En 1912 Torres aplica la vacuna Bedsreka para la tifoidea.

En 1909 el Dr. Dessy, entonces jefe del laboratorio central del Hospital de clínicas, prepara nucleoproteínas tíficas, meningocóccicas y gonocóccicas, las que no se aplican hasta 1913. El Dr. Dessy publica en 1913 en la «Semana médica» 136 casos de blenorragia y sus complicaciones tratados por su nucleoproteína.

El Dr. Méndez prepara su haptinógenogono que da resultados en las afecciones gonocóccicas.

Numerosos distinguidos observadores argentinos continúan publicando casos favorables del empleo de vacunas.

En 1914 Krausse y Massa estudian un nuevo procedimiento bacterioterápico, el procedimiento de la heterovacuna.

Así dichos autores nos presentan las vacunas coli y antigonocóccica, la estreptocóccica y la estafilocóccica.

El Prof. Kraus pensando que en la espectoración de los coqueluchos debe existir el virus que es agente de esta enfermedad, tratando di-

chos esputos por el éter ha preparado una vacuna de acción curativa que se ha ensayado en el Hospital Muñiz, en la casa de Expósitos y en el Hospital de niños.

El mismo Prof. Kraus presentó en 1915 a la Sociedad médica un caso de lepra mículo anestésica que había mejorado después de cinco inyecciones de su vacuna antileprosa.

El Dr. Mazza prepara también una vacuna con el bacilo de Pérez del ozena, siguiendo el mismo procedimiento.

El Instituto igualmente prepara y aplica una vacuna antitífica.

Tal es, esbozado a grandes rasgos la historia de la vacunoterapia en nuestro país y en el extranjero.

#### **Preparación de vacunas en general**

Las vacunas están formadas por bacterias vivas muy atenuadas; por bacterias muertas sensibilizadas; por bacterias sin sensibilizar o por extractos bacterianos.

Se llaman autovacunas cuando se preparan con gérmenes del mismo enfermo y heterovacunas cuando son hechas con gérmenes de otro sujeto. Los Drs. Mazza y Kraus introducen la palabra heterovacuina para designar el procedimiento por ellos creado, para tratar una infección dada con un germen cualquiera, como por ejemplo una estreptococcia con bacilo coli.

Frankel en 1893 prepara su vacuna empleando bacilos de Ebert muertos a 60°.

Wright demostró más tarde que las temperaturas altas empleadas hasta entonces para la destrucción de los gérmenes, había de reducirse con el objeto de no alterar la naturaleza de las albúminas microbianas; propuso entonces la temperatura de 55° para matar los microorganismos sin alterarlos.

Más adelante se van poniendo nuevos métodos de atenuación de las bacterias.

La luz ultravioleta, la desecación, la trituración, congelación, filtración, presión, etc.; los agentes químicos: yodo, fenol, formol, alcohol, etc., han sido empleados.

La introducción del éter por Vincent como medio de la esterilización de los cultivos, modifica la bacterioterapia notablemente.

Sobre este método nos ocuparemos en detalle más adelante.

Para la preparación de vacunas se utilizan los cultivos de caldo, en agar, emulsionados en una disolución de sal marina. En este último caso se añade a la (disolución) emulsión 0, 5 por ciento de fenol y se le coloca en el aparato agitador durante media hora.

Pueden pesarse antes los cultivos hechos en agar o bien se puede adquirir una idea de la cantidad de los gérmenes, averiguando antes de

agregar fenol el número de ellos por la siembra en placas.

Es preferible emplear en vez de ellas, vacunas de preparación reciente, con los extractos bacterianos y las agresinas. Los resultados que se obtienen son superiores a los que producen los agentes patógenos muertos.

#### **La vacunoterapia gonocócica**

La tenacidad de la blenorragia y sus complicaciones ha hecho que tanto ginecólogos como venerólogos buscasen en los sueros y vacunoterapia, algo que fuera más eficaz que los muchos procedimientos usados, los que en muchos casos no sólo no curan sino que son incapaces de evitar complicaciones.

Según Fraurme y Collmann después de haber ensayado con Müller y Oppenheim la sueroterapia, sin obtener resultado, fué quien por vez primera usó la vacuna antigonocócica.

El suero antiblenorrágico ha sido ineficaz hasta el momento actual. Con el suero de Tonney de Parke Davis y C.<sup>a</sup>, muchos investigadores han obtenido resultados negativos.

La generadora de las vacunas gonocócicas es la de Wright.

Elas se componen de microorganismos vivos o muertos o de disolución de filtrado, provocando la formación de anticuerpos que son los encargados de luchar contra la infección.

Cruveiller prepara y utiliza una vacuna sensibilizada según el método Besredka.

Nicolle opina que dicha vacuna provoca grandes reacciones locales y generales, siendo tan tóxica como la inyección de los gonococos vivos.

Fueron con objeto de suprimir esta toxicidad, la serie de investigaciones efectuadas por Nicolle y Blaizot.

Así el 10 de Octubre de 1913 presentaban a la Sociedad francesa de urología, una nueva vacuna que dichos señores la llamaban atóxica y estable.

«Nosotros hemos llegado —dicen—, después de un año y medio de estudio, a suprimir totalmente la toxicidad de la vacuna antigonocócica, por el cultivo del gonococo por un medio especial y a obtener la conservación indefinida del microbio en todas sus propiedades salvo su toxicidad y su vida por el empleo de una solución particular.»

En la Academia de París en Noviembre 24 del mismo año, dicen que ellos suprimen la vitalidad de los microbios y hacen vacunas estables, para ello emplean soluciones fluoruradas, igualmente dicen haber descubierto en el pus blenorragico, al lado del gonococo otro microorganismo semejante a él que inoculado al hombre no produce reacción y tiene para la blenorragia la misma acción terapéutica que las vacunas.

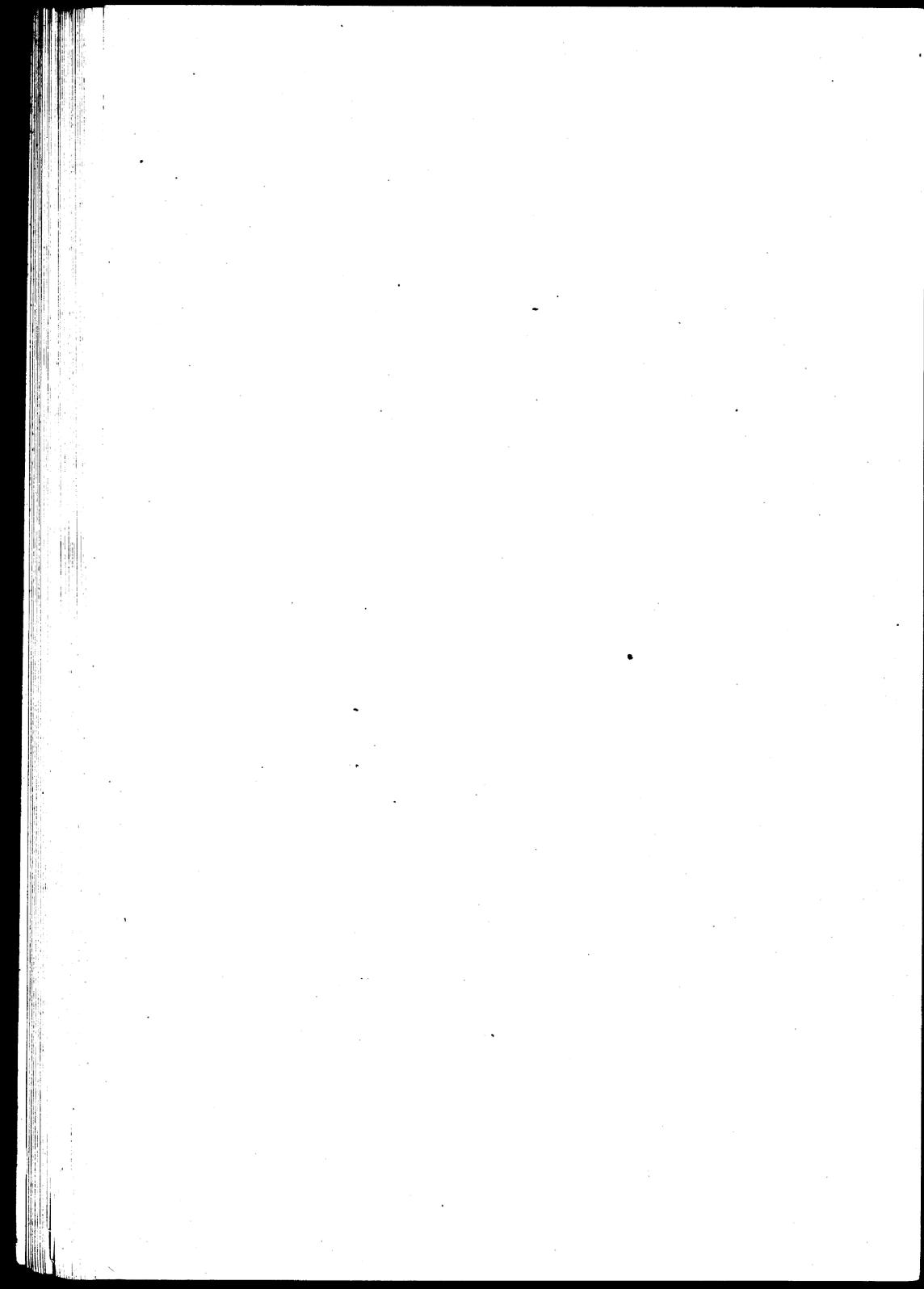
Los autores le atribuyen a su vacuna una eficacia óptima.

El Prof. Jungano, de Nápoles, juzgando sin apasionamientos no participa del mismo entusiasmo.

En nuestro país tenemos como productos propios la nucleoproteína Dessy, el haptinógenogono Méndez y una vacuna preparada por el Profesor Kraus en el Departamento Nacional de Higiene.

El haptinógenogono según el Prof. Méndez es la misma vacuna que su autor llamó remedio gono hace muchos años.

---



## CAPITULO IV

### Método de Wright

El objeto principal de la inmunización activa es preservar al individuo sano de una enfermedad. Pero este principio ha sido ampliado hasta llegar al principio curativo.

Esta inmunización activa que constituye la vacunación en caso de infección ya existente ocupa en los tiempos modernos un lugar importante en las ciencias médicas, merced a los trabajos de Wright, habiéndosela denominado vacunoterapia.

Wright no fué el fundador de este método terapéutico; pero supo ocuparse de la cuestión desde otro punto de vista, gracias al cual la vacunoterapia que hasta entonces había sido juzgada de una manera desfavorable, pudo adquirir mayor utilidad.

Wright concedió mucha importancia a la llamada fase negativa de la inmunidad.

Ehrlich designa con este nombre la disminución de las sustancias antitóxicas que se produce cuando se inyecta un veneno en un animal inmunizado.

En general se comprende con dicho nombre la disminución de las sustancias inmunizantes específicas.

Esta disminución solo puede producirse en un organismo que se halle sujeto a la acción de un agente patógeno. Por lo tanto es de esperar que sobrevenga esta faz negativa en el instante en que se pongan en contacto los elementos bacterianos con las corrientes humorales.

Esto puede pasar por vía natural y artificial; por medio de la primera cuando partiendo de un foco dichos elementos hacen irrupción en el cuerpo; por la segunda cuando se introduce una vacuna bacteriana en un organismo infectado.

Más tarde se supuso que esta fase negativa era un factor importante en toda inmunización y se admitió que el hecho de penetrar en el organismo los agentes patógenos vivos en el momento de la fase negativa, constituye un factor muy desfavorable para dicho organismo, pues la escasez de sustancias inmunizantes favorece el desarrollo de las bacterias.

De la misma manera si penetran vacunas en el torrente circulatorio en el momento de la faz negativa, ejercerán a no dudarlo una acción des-

favorable para dicho organismo, ya que no podrán estimular un organismo empobrecido a que produzca materias nuevas, y las substancias inmigrantes aún existentes serán más destruidas para quedar fijadas a las substancias bacterianas de la vacuna, resultando entonces más marcada la fase negativa.

Las experiencias de los fenómenos de fagocitosis de Metchnikoff han demostrado que la hipótesis de la «estimulina» como la llama el citado sabio o sea la producción específica por los fagocitos de substancias estimulantes para el aprisionamiento de las bacterias; no puede mantenerse. El estudio de dichas substancias llevado a cabo por Wright y sus colaboradores Douglas, Leishmann, Bullock, Bean han venido a probar la existencia en el suero normal del hombre y animales, de substancias que no actúan estimulando a los fagocitos para la prisión de las bacterias como quería Metchnikoff, sino que transforman a estas previamente de tal modo que hacen sumamente fácil su captura por los fagocitos.

Wright observó que las bacterias colocadas *in vitro* se portan de diverso modo respecto de los leucocitos.

Varias especies de bacterias eran capturadas por los leucocitos, pero también había diferencia para una especie idéntica, así los gérmenes virulentos no eran capturados por los leucocitos

sino después de largas horas de contacto, lo contrario pasaba con los gérmenes no virulentos.

Agregando una mezcla de bacterias y leucocitos en la que no habían fenómenos fagocitarios a suero humano normal, observó Wright que eran capturados por los leucocitos.

A estas sustancias que ejercían dicha acción las denominó opsoninas (opsono significa, yo preparo para la comida).

Llegó a demostrar que las bacterias no eran, con la intervención de las opsoninas, alteradas y a estas sustancias les atribuyó la acción de los sueros inmunizantes y el mecanismo de la inmunidad artificial.

A igual que las alexinas, son cuerpos muy sensibles. Sometiéndolas durante una hora a 60° se destruyen y no se les puede observar durante algún tiempo sin perjuicio de su actividad.

La naturaleza de las opsoninas es la de los cuerpos colidales, proteídos dializables.

Estas sustancias poseen una naturaleza diferente en el suero normal que en el suero específico.

Las primeras se destruyen en cinco minutos sometidas a 60°, las segundas son termoestables y solo se destruyen en cantidad insignificante sometidas 15 minutos a 60°.

De manera que la opsonina del suero especí-

fico tiene una acción que depende de dos sustancias: termolábil y la otra termoestable.

Las primeras se originan en los polinucleares, las segundas en el tejido linfático, médula, bazo.

La experimentación nos ha demostrado la especificidad y al mismo tiempo la multiplicidad de las opsoninas. Se asemejan a las alexinas y tienen una cierta analogía con la especificidad de las aglutininas.

En el hombre y animales que se hallan bajo la acción de la inmunidad, sea artificial o de origen infeccioso, se observa una acumulación de opsoninas, como nunca se hallan en el curso normal.

De estas observaciones ha fundado Wright su técnica para determinar el índice opsónico de la sangre con relación a los agentes infectantes.

Neufeld con su «unum» opsoninas encontradas en el proceso de la fagocitosis desarrolladas cuando actúan los sueros inmunizantes, ha ampliado la teoría de Wright.

Estas últimas sustancias son más resistentes al calor que las observadas en el suero normal.

Con estas observaciones llegó Neufeld a suponer que ambas sustancias cuya acción era igual en el suero normal y en el de los inmunizados, eran distintas, dando a las segundas el nombre de bacteriotropinas. Estas bacteriotropinas son específicas y obran preparando para la fagocito-

sis a las bacterias que son tomadas por los leucocitos.

No obran sobre los leucocitos sino sobre las bacterias.

Las experiencias de Neufeld y Hüme lo demuestran.

Consisten estas experiencias en añadir al suero inmune bacteriológico correspondiente una suspensión de bacterias virulentas y que no han sido fagocitadas; se somete a 37° C., se centrifugan y lavan las bacterias repetidas veces con suero fisiológico, pasa, que las bacterias provistas del suero son inmediatamente fagocitadas por los leucocitos frescos y lavados que se han agregado.

Mientras que los leucocitos tratados con suero bacteriotrópico, se comportan con las bacteriotropinas del mismo modo que los leucocitos lavados de los animales inmunes, es decir con indiferencia.

El problema de que, en que parte del protoplasma de la bacteria se fija la bacteriotropina no ha sido resuelto de una manera definitiva.

Según Bail las bacteriotropinas se fijarían en las agresinas de las bacterias y así harían inofensivas estas substancias hostiles a los leucocitos.

De este modo las bacteriotropinas serían idénticas a las antiagresinas, que actuarían también de un modo indirecto como aquellas, en el orga-

nismo con relación a los fenómenos de fagocitosis.

En esta corriente de ideas podrían considerarse idénticos los fenómenos fagocitarios específicos que por las bacteriotropinas y las antiagresinas se producen, y la inmunidad bacteriotrópica activa producida por las agresinas.

Para la producción de inmunidad por agresinas y para la de las antiagresinas, se necesita suero inmune que contenga bacterias virulentas vivas, mientras que para la adquisición de las opsoninas específicas de Wright y las bacteriotropinas de Neufeld es suficiente el empleo de bacterias muertas.

#### **Índice opsonico del enfermo**

Los elementos indispensables para la investigación de dicho índice son: 1.º Leucocitos humanos o de animales; 2.º Emulsión de bacterias; 3.º Suero de sujeto sano; 4.º Suero de sujeto enfermo:

Tenemos:

Leucocitos + bacterias + suero del enfermo

Leucocitos + bacterias + suero normal

nos da el índice opsónico.

Llevando ambas mezclas a 37º C., y haciendo luego preparados coloreados, se puede hacer sobre un cierto número de leucocitos el recuento de las bacterias que han sido fagocitadas y de ello se deduce el índice opsónico.

Del estudio del índice opsónico en las infecciones vemos que en los casos terminados con la curación en el período de la enfermedad el índice opsónico puede bajar, pero aumenta en la convalecencia. En el caso de terminar la enfermedad por la muerte falta esta faz última.

Con el estudio del índice opsónico vemos si el enfermo está infectado o no. Si tenemos un índice normal no quiere decir que el enfermo no está infectado, pero si observamos repetidas veces un índice bajo podemos afirmar la infección.

Del mismo modo que la investigación del índice opsónico tiene importancia diagnóstica, nos da elementos para el pronóstico. Así un índice alto nos indica el esfuerzo del organismo para atacar al invasor por medio de las opsoninas.

#### **Vacunas Wright**

Estas vacunas se obtienen por microorganismos muertos durante media hora a la estufa a 60°.

Se halla constituida por toxinas intracelulares de la bacteria, cuyo protoplasma se encuentra inactivado por el calor. Wright preparó su vacuna sirviéndose de cultivos en agar de 24 horas que emulsiona con suero fisiológico, luego se observa el número.

Las principales vacunas del tipo Wright son:

*Gonargina* —Se prepara con diversos cultivos jóvenes de gonococos. Se encuentra en diferen-

tes concentraciones y contiene un número determinado de gonococos muertos.

Se encuentra en amplias de 5, 10, 15, 25, 30, 35, 40, 45 y 50 millones.

*Vacuna antigonocócica del Instituto Berna.*—

Se encuentra en cajas de 10 ampollas con letras que nos indican el número de gérmenes por cc. La ampolla A cont. 25.000.000 de gérmenes p. cc.

»	B	»	50.000.000	»	»
»	C	»	100.000.000	»	»
»	D	»	200.000.000	»	»
»	E	»	500.000.000	»	»

*Vacuna Parke Davis.* — Se emplean para esta vacuna cultivos de gonococos en agar ascítico lavados con solución fisiológica salina. Esta suspensión es esterilizada y diluida en solución fisiológica salinas hasta que cada centímetro cúbico contenga un número dado de microorganismos. Existen tres diluciones: una de 20.000.000 por cc., otra de 100 y otra de 500.000.000.

Existe también una vacuna combinada de cultivo de gonococos, estafilococos y estreptococos, preparada por Parke Davis.

La vacuna uretrítica es también hecha con gonococos estreptococos y estafilococos, colibacilos, etc.

*Vacuna Renaud.*— Contiene esta vacuna por cc. 2 a 3 millones de gonococos muertos por los ra-

yos ultravioletas. Es poco tóxica y según su autor no causa ninguna reacción general ni local.

*Dmagon.*—Esta vacuna preparada por Nicolle que es según su autor atóxica, no provoca reacción y es estable. Su autor ha aislado del pus blenorragico un sinococo análogo al gonococo, pero que toma el gram, así prepara su vacuna asociando a una parte de gonococos seis de sinococo, emulsiona en una solución de flururo de sodio, la pone 48 horas en la heladera para destruir su vitalidad.

La inyección se practica intramuscular, se efectúa, mezclando en el momento de hacerla, la ampolla que contiene 1/2 cc. (3.000.000 de gérmenes) con la que tiene 1 1/2 cc. de agua destilada.

Las inyecciones se repiten cada 48 horas o cada 4 días.

Los que la han experimentado aseguran que en contra de lo que su autor afirma, provoca dolor local y reacción general con temperatura de 38° y 39°.

## CAPITULO V

### **Método de las nucleoproteínas**

#### **Núcleoproteínas en general**

Con el nombre de nucleoproteínas se definen aquellos proteídos que con la digestión de la pepsina dan nucleínas y que bajo la acción de los álcalis dan albúmina y ácido nucleínico.

Las nucleoproteínas se encuentran distribuídas en el cuerpo animal, especialmente en el núcleo celular, también en el protoplasma.

Pueden considerarse como formados por la unión de un albuminoide con un grupo proteico. Este grupo puede ser dividido por la acción de los ácidos nucleínico.

#### **Núcleoproteínas bacterianas**

Los estudios de Poussain, Roux y Smith demostraron que la actividad del virus no era necesaria para originar los fenómenos de inmunización constituyendo dicho descubrimiento el comienzo de un nuevo sistema de vacuna.

Se pudo constatar que se podían inmunizar los animales y los hombres con cuerpos de bacterias muertas con filtrados de cultivos.

Lüstig y Galeotti hallaron en el protoplasma de las bacterias las nucleoproteínas que forman su parte esencial.

Las nucleoproteínas bacterianas son insolubles en el agua, alcohol y los disolventes de las grasas. En solución alcalina se solubilizan y dan lugar a un líquido opalino, mucilaginoso.

Precipitan con el cloruro de zinc, nitrato de plata, sulfato amónico, etc. Dan la reacción de Miller y la xantoproteica. Digiriendo con jugo gástrico artificial se obtiene una peptona y un residuo insoluble rico en fósforo.

Haciendo hervir la nucleoproteína en ácido sulfúrico diluído se forman grupos nucleínicos.

#### **Preparación**

Los métodos para la preparación de la nucleoproteína bacteriana tienen por base tres operaciones:

- 1.º Destruir la membrana de las bacterias;
- 2.º Disolver los componentes del protoplasma, y
- 3.º Precipitar las nucleoproteínas.

El procedimiento usado por el Dr. Dessy es el siguiente:

Se cultiva el gonococo en agar y líquido de hidrocele y cuando el cultivo ha llegado a buen

desarrollo se raspa con una espátula para aislarlo del medio de cultivo. Enseguida se agrega una pequeña porción de solución de potasa al 1 por ciento y se agita hasta que se obtenga un líquido denso y mucilaginoso. Esto se vuelca de a poco en un recipiente que tenga dos o tres litros de agua destilada acidulada con ácido clorhídrico al 1 por ciento. Se agita el líquido, se ven formarse grandes nubes blanquiscas que se fragmentan en copos grandes que se precipitan cayendo al fondo del recipiente.

El precipitado se recoge por decantación y los copos se reciben sobre filtros lavándolos.

En el líquido de hidrocele se obtiene abundante desarrollo de gonococos. Se hace dicho cultivo en tubos de Roux.

Así preparada se deseca la nucleoproteína en el vacío y sobre ácido sulfúrico, se presenta bajo escamas marrones, reducibles a polvo amarillo.

Dicho polvo se disuelve en solución de cloruro de sodio y carbonato de sodio al 0,50 por ciento y así se inyecta.

Cada 100 cc. de esa solución debe contener 0,10 centigramos de nucleoproteína gonocócica de manera que 1 cm. 3 de solución contiene un milígramo.

### **Acción biológica**

Las nucleoproteínas bacterianas obran sobre las células y tejidos en manera diversas; algunas de sus propiedades biológicas son iguales a las de las nucleoproteínas extraídas de los órganos, otras son comunes a todas las nucleoproteínas bacterianas y otras son específicas de algunos microorganismos.

Estas acciones biológicas son: la coagulante, la estimulatriz (quimiotaxia positiva), sobre los leucocitos.

#### **Acciones biológicas generales**

1.º—*Acción coagulante.*—Esta propiedad es común a todos los nucleoproteídos. Si inyectamos en las venas de un conejo una nucleoproteína observamos al poco tiempo la muerte del animal y en la autopsia se observa la sangre coagulada en el corazón y grandes vasos.

Esto se ha experimentado usando la nucleoproteína del bacilo de la peste; trazando la curva esfigmática con el manómetro de Lüwig se observa que a causa de la coagulación parcial de la sangre se producen profundas alteraciones de la presión sanguínea.

2.º—*Acción estimulatriz.*—Inyectando nucleoproteínas en los animales, se nota poco después que el bazo y los órganos linfoides se ingurgitan, debido esto a la acumulación de linfocitos, los cuales no presentan caracteres de degeneración,

solo están al parecer dotados de movimientos migratorios, fagocitosis y multiplicación.

Las experiencias de quimiotaxia con relación a las nucleoproteínas del bacilo de la peste, del prodigiosus y del vibrión colérico, confirman esta conclusión y también el hecho de encontrarse acúmulo de leucocitos en el lugar de inyección y la producción en la sangre de leucocitosis nos confirman esta conclusión.

3.º — *Acción de detención.*—Se han hecho experiencias sobre epitelios vibrátiles y espermatozoides. Se observa en estas experiencias una detención de los movimientos activos de estas células. Los leucocitos aceleran sus movimientos.

4.º — *Acción proteolítica.*—Esta acción ha sido estudiada sobre la piel, hígado, riñón, etc.

En la célula hepática se producen alteraciones que se consideran como dependientes de una coagulación intracelular del protoplasma.

En la célula renal se observan disgregación granular y vacuolización y las substancias proteicas que resultan se coagulan bajo la acción de las nucleoproteínas.

5.º — *Acción pirógena.*—Los animales a quienes se les inyecta nucleoproteínas cualquiera que sea la vía empleada presentan temperatura y todos los fenómenos que acompañan a la fiebre.

### **Acción biológica específica**

Esta acción ha sido estudiada con el bacilo de la peste. Así se ha observado la influencia que las nucleoproteínas ejercen sobre el sistema circulatorio, llegándose a las siguientes conclusiones: Disminución de la presión arterial, disminución de la altura de la oscilación cardíaca, estasis venosa generalizada y en algunos casos acompañada de hemorragias.

Por parte del aparato respiratorio Pietroforte y de Borás han observado que después de la inyección endovenosa o en el peritoneo, aumenta la frecuencia y profundidad de los movimientos respiratorios.

### **Acción inmunizante**

Galeoth y Lüstig en 1897 practicaron las primeras experiencias en animales para probar inmunizaciones de las nucleoproteínas y llegaron a la conclusión:

1.º La substancia inmunizante empleada como preventiva confiere a los pocos días de la inyección una inmunidad activa, de eficacia válida aunque la cultura infectante sea introducida en grandes cantidades, no produciéndose un estado morboso mortal que se hubiera producido a no mediar la inyección preventiva. Estos autores se inocularon la nucleoproteína pestosa, infectando e inmunizando su sangre, observando en vivo en su propio organismo con toda la abnegación y

desinterés que solo da el amor a la ciencia, las reacciones que produce una vacuna.

Después de muchos años en que las nucleoproteínas han sido usadas ya como preventivas, ya sea como curativas pero en pequeña escala, empezó entre nosotros a tomar gran empuje con Dessy que en el año 1901 en la epidemia pestosa de San Nicolás empleó en gran escala la nucleoproteína como preventiva en unos 600 casos y como curativa en ninguno.

En el momento actual las nucleoproteínas gonocócicas y tíficas son muy empleadas y con resultados positivos.

Las ventajas de este método derivan del hecho que la substancia inyectada se encuentra en estado de relativa pureza, estando libre de elementos heterogeneos del terreno de cultura, los que nada tienen que ver con la inmunización y que pueden tener propiedades tóxicas y provocar en el organismo reacciones peligrosas.

Tratándose de cuerpos puros, basta introducir pequeñas cantidades de vacuna en el sujeto, mientras empleando cultivos integrales, se necesitan inocular cantidades grandes que causan disturbios en muchos casos.

Inyectando en los tejidos los cuerpos de los bacilos con objeto que estos cuerpos sean disueltos y luego absorbidos se sigue un camino lento y difícil, distinto del que se sigue cuando se in-

yectan estos cuerpos disueltos y listos para ser absorbidos.

En este caso la reacción del organismo respecto a los citados venenos está en proporción y que la acción inmunizante es tanto más válida, cuanto más rápida, más eficaz y más intensa.

Otra de las ventajas de las nucleoproteínas es la de conservarse estériles, pues son hostiles al desarrollo de microorganismos y tienen poder bactericida.

Pueden conservarse y dosificarse como cualquier medicamento, pudiendo obtenerse soluciones tituladas.

#### **Nucleoproteína gonocócica Dessy**

A comienzos de 1909 los doctores Dessy y Grazioli prepararon en el laboratorio del Hospital Italiano algunas nucleoproteínas siguiendo el método de Lüstig y Galeotti para la preparación de la nucleoproteína pestosa, e introduciendo en la preparación de dicho producto algunas modificaciones.

Entre las nucleoproteínas preparadas por muchos señores figura la gonocócica, la meningocócica y la tífica. En el año 1910 estudiaron con más detalle la nucleoproteína gonocócica.

Las razones que han hecho preferir a los autores las nucleoproteínas a las otras formas de vacunas son las siguientes:

- 1.º En las vacunas constituídas por microorga-

nismos muertos, se obtiene la esterilización de los cultivos por el calor, que altera las propiedades antígenas de las bacterias.

2.º Que las vacunas formadas por bacterias muertas o vivas, las cantidades inyectadas se calculan por número de las bacterias 10, 20, 50, 500 millones, siendo su recuento difícil.

3.º Se facilita al organismo la disolución de los principios activos y su ulterior elaboración por los humores orgánicos.

4.º Las vacunas bacterianas son de duración limitada mientras que las nucleoproteínas conservadas al estado seco son de duración indefinida superior.

La nucleoproteína gonocócica se conserva al estado seco, finamente pulverizada en lugar fresco y obscuro y al abrigo de contaminación exterior.

Al momento de emplearla se pesa con la balanza de precisión la cantidad necesaria y se disuelve en una solución esterilizada de carbonato sódico cristalizado y cloruro sódico 0,50 partes iguales por 100 de agua destilada. La solución debe hacerse en fresco con bolitas de vidrio, esterilizado, si la nucleoproteína es nueva la solución se hará completamente, si es ya vieja la solución será incompleta.

Para conservar la solución se agrega un 0,25 por ciento de ácido fénico.

Los autores después de varios ensayos establecieron como más cómoda la dosis de 0,002 miligramos de proteína por centímetros de solución.

Como sitio de inyección se da preferencia al tejido celular subcutáneo en las regiones del muslo.

Se han ensayado inyecciones intramusculares pero son preferibles las primeras.

La nucleoproteína produce en el lugar de inyección una infiltración y enrojecimiento de la piel.

No se ha empleado la vía endovenosa por considerarla inútil.

Los autores aconsejan que los que deseen ensayar esta vía, disolver la nucleoproteína en mayor cantidad de vehículo y en presencia de una solución de citrato de soda para inhibir la acción coagulante sobre la sangre, que ya vimos caracteriza a todas las nucleoproteínas, cuando se las inyecta en el torrente circulatorio.

Las inyecciones se hacen con intervalos de tres a cuatro días y aumentando la dosis desde 0,002, 0,004, 0,006 hasta 0,010; nosotros hemos practicado así.

Como consecuencia de la inyección se observan fenómenos locales, generales y de foco.

*Fenómenos locales.*—Como vimos, en el punto de inyección se producen fenómenos de reacción

que aparecen a las doce horas, hasta las 24 y aun hasta las 48 horas.

Consisten estos fenómenos locales en: rubor, calor, dolor, y tumefacción. Estos fenómenos generalmente duran 3 a 4 días, disminuyen progresivamente de intensidad y son por lo general menos acentuados en las inyecciones sucesivas.

Las glándulas linfáticas próximas, a veces se infartan y se vuelven dolorosas.

Este fenómeno de reacción local tiene carácter específico, pues la nucleoproteína lo produce en grado mínimo en las personas sanas.

*Fenómenos generales.* — Estos se manifiestan por sensación de cansancio, temperatura, 39°, pero se mantiene en 38° y en algunos casos sube a 40°, que dura 12, 24 y 48 horas. La temperatura y el dolor es lo que más molesta a los enfermos.

*Fenómenos de foco.* — Puede observarse una transitoria reagudización del dolor en la parte enferma, pero en la mayoría de los casos el dolor disminuye a las pocas horas.

En algunos casos crónicos con escasa secreción e imposibles de encontrar gonococos, volverse temporariamente agudos aumento de los flujos y presencia gonococos.

Con inyecciones sucesivas la secreción se hace más serosa, menos abundantes y después de algunos lavajes uretrales desaparece.

Como vemos la nucleoproteína nos puede ser-

vir para investigar la persistencia del gonococo en un proceso crónico.

Un dato digno de mención es que cuando más fuerte fué la reacción local y general tanto más rápida se produjo la curación.

En los casos de reacción demasiado torpe es conveniente aproximar las inyecciones con objeto de provocar reacciones más intensas.

Se emplea la nucleoproteína en inyecciones intra-musculares en la región glútea lo mismo que subcutáneas.

El número de inyecciones necesarias es de 3 a 8, con cantidades desde 0,008 mg. hasta 0.030 mg.

Acción curativa.—La nucleoproteína Dessy tiene una acción rápida sobre el síntoma dolor hasta el punto de reconocerse sus efectos a los 48 horas y aún antes.

Obra sobre las uretritis disminuyendo la secreción, haciéndola más fluída y en algunos casos anulando dicha secreción, los gonococos se hacen extracelulares siendo suficiente ayudar con pocos lavajes antisépticos para obtener la curación.

Como se verá en las observaciones clínicas en muchos casos mejoran las uretritis produciéndose las modificaciones de la secreción arriba mencionadas, necesitando en estos casos para obtener

la curación franca el auxilio del tratamiento antiguo.

Agregaremos que con dicha meditación la duración de la enfermedad se abrevia. En algunos casos siendo los menos se obtiene con el tratamiento solo de la nucleoproteína, la curación.

*Metritis.*—En las metritis se observa la desaparición del dolor, la descongestión, el útero que estaba grande se hace pequeño, el ectropión y las erociones se curan, el flujo se hace fluido, su color cambia y se transforma en una secreción mucosa clara, pero se necesita un tratamiento auxiliar para que el flujo desaparezca.

*Salpingitis.*—Los exudados de perimetritis, de perisalpingitis, las adherencias peritoneales laxas en las pelviperitonitis desaparecen y los órganos se movilizan.

En las salpingitis parenquimatosas, cuando se palpan las trompas engrosadas, dolorosas, no quísticas, se vuelven indoloras, movibles, impalpables; en estos casos es donde se ve la curación.

En los piosalpinx, ovaritis purulentas, abscesos tuboováricos, el síntoma dolor desaparece por completo, los órganos se movilizan, disminuyen de tamaño, pero la lesión se mantiene y es necesaria la operación para obtener la curación completa.

La desaparición del dolor mismo al día siguiente es de capital importancia (eso solo justifica-

ría el empleo de la vacuna), así se ven enfermas que ni podían conciliar el sueño debido a su dolor, y que ni el hielo, ni los fomentos, etc., calmaban, descansando después de la vacuna. Después de pasados los fenómenos de la reacción general la temperatura baja.

En resumen si la nucleoproteína no logra la curación completa de los piosalpinx, abscesos tuboováricos, etc., abrevia el tiempo, mejora enormemente y facilita la intervención.

*Pelviperitonitis.* —En las pelviperitonitis los exudados se ablandan al principio para desaparecer más tarde.

Se observan resolución de los órganos que estaban fijos, inmóviles, el útero en retroflexión, perisalpingitis, etc., se logra desplazarlos sin dolor, los fondos de saco al comienzo ocupados y que los anexos no se delimitaban, a causa de los exudados, con la nucleoproteína los fondos de saco se ponen libres y los anexos pueden distinguirse.

En la sangre se observa leucocitosis.

Así se ven enfermas que antes del tratamiento tenían 8 a 9.000 glóbulos blancos, después del tratamiento la leucocitosis asciende a 14, 15 y 18.000.

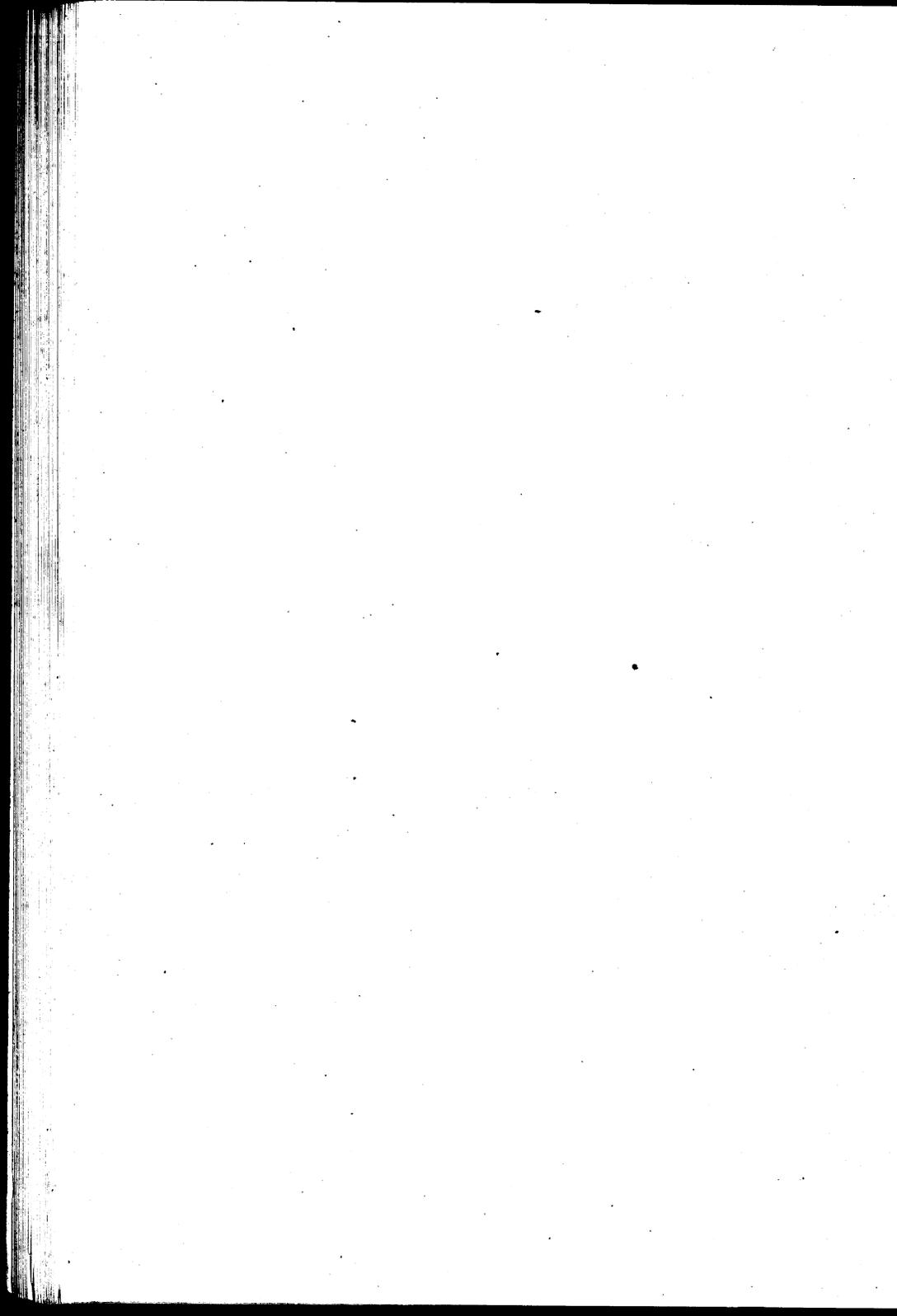
En resumen la nucleoproteína gonocócica Des-  
sy cura muchos casos de infección gonocócica en la mujer, y mejora en casi todos.

Es en las salpingitis, pelviperitonitis donde la vacuna alcanza a obtener éxito bueno.

En las vulvitis, uretritis, vaginitis, metritis, cuando no cura, ayuda a otros medios curativos, pues atenúa la virulencia del gonococo, lo hace extracelular y lo coloca en condiciones de ser fácilmente atacado por otros medios.

En las lesiones supuradas de las trompas, ovarios, etc., mejora, pero se hace necesaria la intervención para terminar el tratamiento, la que se facilita enormemente, lo mismo que se abrevia el tiempo que precede a la operación.

---



## Observaciones clínicas

### Vacuna Dessy

*Hospital Rivadavia.—Servicio del Dr. Pedro Ghiso.  
Piel y venéreo-sifilíticas*

#### OBSERVACION I

Cama 21.—Nacionalidad, rusa.

Diagnóstico: Salpinginitis doble.

La enferma se queja de dolores en el bajo vientre, abundante flujo amarillo verdoso. Se observan gonococos. Al tacto trompas aumentadas de volumen y dolorosas.

Tratamiento: Nucleoproteína Dessy.

Se practica el día 9 de Octubre una ampolla. Se observa 37° 5 de temperatura. Reacción local intensa.

Octubre 12.—Se hace otra inyección. Temperatura 39°. Chuchos.

Octubre 14.—Se hace otra inyección. El dolor disminuye lo mismo que en los flujos.

Octubre 18.—Se hace otra inyección.

Octubre 20.—Se hace otra inyección. En esta fecha desaparece el dolor, al tacto trompa disminuida. Se le da de alta curada.

### OBSERVACION II

Cama 36—Española.

Diagnóstico: Uretritis blenorragica aguda.

Vulva normal. Flujo amarillo verdoso abundante. Comprimiendo la uretra sale abundante flujo. Ardor uretral.

El examen bacteriológico nos dice observarse abundantes gonococos.

El 26 de Octubre se le practica una inyección de nucleoproteína Dessy.

El 28 se hace otra inyección.

El 1.º de Noviembre se hace otra inyección.

No se observa ninguna mejoría.

Se le instituye el tratamiento habitual de la Sala: Lavajes vaginales y uretrales de permanganato de potasa. Instilaciones de nitrato de plata al 1 por ciento los primeros días; después al 3 por ciento, con lo cual mejora.

### OBSERVACION III

Cama 48.

Diagnóstico: Blenorragia aguda.

Vulva tumefacta. Sale abundante flujo amarillo verdoso, cuyo examen nos da abundantes go-

nococos, uretra al comprimirla sale abundante flujo.

El día 23 de Octubre se hace una inyección.

El día 26 de Octubre se hace otra inyección.

El día 28 de Octubre se hace otra inyección.

El flujo disminuye. El examen bacteriológico nos dice haber disminuido los gonococos. Se le continúa con el tratamiento habitual de la Sala y sale después de 15 días curada.

#### OBSERVACION IV

Cama 54.—Argentina.

Diagnóstico: Blenorragia aguda.

El 26 de Octubre se le hace una inyección. Se observa 38° de temperatura. Gran reacción local.

El 28 de Octubre se le practica otra inyección. Continúa la reacción local. Temperatura 38° 5.

El 1.º de Noviembre se le hace otra inyección. Se observa mejoría y se continúa el tratamiento viejo. A los 20 días sale curada.

#### OBSERVACION V

Cama 52.—Española.

Diagnóstico: Blenorragia aguda; tiene uretritis. Flujo amarillo verdoso. Examen bacteriológico: gonococos.

El 4 de Diciembre se le hace una inyección. Temperatura 37°. Reacción local.

El 9 de Diciembre se le hace otra inyección. Temperatura 38°. Chuchos.

El 11 de Diciembre se le hace otra inyección.

El 13 de Diciembre se le hace otra inyección.

No se observa mejoría. Se continúa con el tratamiento habitual de la Sala, donde permanece dos meses y sale de alta, curada.

#### OBSERVACION VI

Cama 36.—Argentina.

Diagnóstico: Blenorragia aguda; salpingitis doble.

Vulva y vagina normales. Abundante flujo amarillo verdoso. La uretra a la presión deja salir abundante flujo. Examen bacteriológico: abundantes gonococos.

La enferma se queja de dolores en ambas fosas ilíacas, micciones con ardor.

Al tacto en ambos fondos de saco laterales, se nota un cordón duro, doloroso del grosor de un dedo.

Al examen por el espéculum se ve el cuello rojo, edematoso, con pus en su orificio externo.

Se le intituye el tratamiento habitual de la Sala para su uretritis. Reposo.

El 3 de Diciembre se le hace una inyección. Temperatura 38°. Reacción local y muy intensa.

El 4 de Diciembre se le hace otra inyección. Temperatura 37° 5.

El 9 de Diciembre se le hace otra inyección.  
Temperatura 38°.

El 11 de Diciembre se le hace otra inyección.  
Temperatura 38°.

Se continúa algunos días más el tratamiento común y al final de este el flujo ha desaparecido, uretra sin pus a la presión, lo mismo que el dolor espontáneo.

Al tacto trompas apenas engrosadas, indoloras, útero en buena posición, móvil, indoloro.

El examen bacteriológico del poco flujo que le queda practicado dos veces nos da: gonococos negativos. Se le da de alta curada.

A esta enferma hemos tenido ocasión de verla más adelante sana.

#### OBSERVACION VII

Cama 24.—Oriental.

Diagnóstico: Blenorragia aguda. Oóforo salpingitis doble. Sífilis.

Vulva tumefacta. Se observa una ulceración indurada específica. Al examen de los frotos nos da espiroquetas de Shaudin. Uretra a la presión nos da abundante flujo amarillo verdoso. Micción con ardores, dolores en el bajo vientre.

Al tacto en el fondo de saco lateral derecho se nota un cordón duro, en el izquierdo se nota se palpa un pequeño tumor doloroso. Se le hace

una inyección endovenosa de 0,90 de Neosalvarsán.

A los 8 días una inyección de salicilato de mercurio 1 cg. Se le instituye reposo para su anexitis. Lavajes e instilaciones habituales para su blenorragia.

El 5 En. 1916 se le hace una inyec. Dessy. Temp. 38'  
» 7 » » » » 37'5  
» 12 » » » » 38'  
» 14 » » » » 38'  
» 20 » » » » 37'3  
» 26 » » » » 37'

Los flujos han disminuido, el examen bacteriológico demuestra desaparición de gonococos. Al tacto vaginal trompas disminuidas e indoloras.

Se le da de alta, curada.

### OBSERVACION XIII

Cama 45.—Argentina.

Diagnóstico: Blenorragia aguda.

Vulva y vagina normales. Uretra a la compresión da pus.

La enferma se queja de ardor en la micción.

Tiene abundante flujo amarillo verdoso. So examen microscópico revela gonococos de Neisser.

Conjuntamente con el tratamiento de lavajes

se le practican cinco inyecciones de la Nucleo-proteína Dessy en la siguiente forma:

Una inyec. el 3 Enero. Temp. 37'. Reacción local.

» » 7 » » 38'.

» » 12 » » 39'.

» » 14 » » 38'.

» » 21 » » 37'.

Al final del tratamiento el pus uretral ha disminuido. Se observan algunos gonococos.

Se continúa el tratamiento con lavajes unido a instilaciones durante dos semanas en que desaparecen los flujos. Se le da de alta curada.

#### OBSERVACION IX

Cama 36.

Diagnóstico: Oóforosalpingitis doble. Uretritis.

Metritis Rectitis blenorragica.

Examen de flojos: gonococos.

Enero 7 se le practica 1 inyec. Temp. 38'5. R. local

» 9 » » 38' »

» 12 » » 37' »

» 14 » » 37'5. »

» 16 » » 37'5. »

» 22 » » 37' »

Antes del tratamiento pus uretral abundante, anexos aumentados de tamaño y muy dolorosos. Utero congestionado. Flujos abundantes. La enferma se queja de dolores en el bajo vientre.

Después de la segunda inyección los flujos dis-

minuyen, los dolores se calman. Después de la sexta, los anexos se vuelven indoloros. Disminuyen de tamaño. Se continúa con el tratamiento habitual y 20 días más tarde sale de alta curada.

---

## CAPITULO V

### **Método Méndez**

Se ha comprobado que la acción patógena que un virus puede desarrollar no depende del número de microorganismos, sino de la virulencia que tiene el mismo germen, de ahí que no se acepte el método seguido por Wright y su escuela, de la enumeración de los gérmenes por milímetro cúbico (en este método).

Aceptando estos principios de la no enumeración de los gérmenes para la obtención de vacunas, nos muestra que es la calidad y no la cantidad la condición que debe servir de guía para su preparación.

El germen introducido en el organismo tiene la cualidad de producir anticuerpos que darán origen a la enfermedad o dará elementos curativos.

Estas son las bases de la teoría del Dr. Méndez para sus vacunas.

A las primeras sustancias las llama lysinas o anticuerpos terciarios y las otras son las Haptinas o anticuerpos secundarios que poseen la cualidad de obrar directamente contra el antígeno virulento y los encargados de otorgar al organismo infectado la propiedad curativa.

Son estos los cuerpos que se deben de tratar de obtener para preparar la vacuna, a fin de que conserven su inocuidad patogénicamente y provocar en el enfermo la formación de anticuerpos secundarios específicos que serán sus elementos de curación.

El antígeno en el organismo puede también dar lugar a la formación de anticuerpos terciarios o lysinas, como pasa cuando el antígeno contagiante es muy virulento.

Cuando el organismo ha formado anticuerpos existe la tendencia a la hiperproducción.

Mientras esta hiperproducción persista, el sujeto vacunado posee un grado tal de inmunidad, que le permite transformar todo nuevo antígeno en anticuerpos secundarios.

Estos hechos contradicen la llamada faz negativa de Wright.

Así vemos que la hiperproducción de haptinas se realiza a expensas del antígeno atenuado por los fagocitos, quienes realizan la transformación.

Como consecuencia de esta transformación aparece la formación de anticuerpos secundarios específicos, que tienen por misión la atracción hacia nuevas cantidades de antígeno y por consecuencia la formación de nuevas cantidades de anticuerpos específicos.

Estos interesantes fenómenos que explican según el autor la acción inmunizante de las vacunas, no pueden realizarse in vitro como algunos pretenden.

Estos hechos confirman las bases científicas sobre las cuales deben fundarse las vacunas y que ha seguido Méndez para la obtención de las «vacunas argentinas» contra el carbunco, la tifoidea, y la *infección gonocócica*, condiciones que deben poseer esos *remedios* y que se resumen en las siguientes reglas:

La primera es una condición esencial que deben llenar todas las vacunas.

Los fenómenos de reacción locales o generales, no deben aparecer como consecuencia de la inyección de la vacuna, ni fiebre, ni dolor, edemas, etc.

El enfermo sometido al tratamiento no debe modificar sus hábitos diarios, ni seguir régimen especial.

### **Inyección única**

La limitación de una sola inyección representa grandes ventajas, más ventajosa aún cuando se efectúa en el tejido celular subcutáneo, pues así se facilita su absorción, evitando los enquistamientos en los casos en que se hagan intradérmicas o subaponeuróticas.

### **Resistencia o inmunidad inmediata**

El fenómeno de inmunidad debe producirse en el acto mismo de la vacunación.

Esta condición es importante en un medio epidérmico cuando es usada con fin preventivo e igualmente importante cuando es usada como elemento de curación.

### **Acción curativa eficaz**

Es de gran importancia la condición curativa de las vacunas especialmente en las epidemias.

En estas condiciones la vacuna debe actuar en una forma oportuna, que es una condición esencial, en la profilaxia general.

### **El haptinógeno gono Méndez.— Su acción y modo de usarlo**

Teniendo presente las reglas generales que hemos enumerado en el capítulo anterior, el Doctor Julio Méndez, el distinguido sabio argentino, obtiene su haptinógenogono.

El haptinógenogono es un cultivo de gonococo.

preparado para tratar las diversas manifestaciones de la gonococcia.

Posee como dijimos los caracteres enumerados: inocuidad, cantidad de inyecciones, resistencia, acción curativa, etc.

El haptinógenogono provoca en el organismo la formación de haptinas, agentes que actuando contra el antígeno, logran obtener la curación completa.

Con este remedio se aportan los elementos fisiopatológicos que son necesarios para la natural evolución de la enfermedad.

Para comprender la acción de este medicamento extractamos de un trabajo notable de Méndez las líneas que siguen:

«Traduciéndolo el estado de enfermedad con la fórmula siguiente:

I.—100 antígeno, más 10 haptinas, más 5 lysinas igual enfermedad.

II.—1000 antígeno, más 15 haptinas, más 10 lysinas igual a muerte,  
y en la mejoría o curación,

III.—10 antígeno, más 100 haptinas, más 1 lysina igual a curación.

De modo que en la segunda fórmula las cantidades de antígeno y lysinas aumentan y en la tercera esas mismas disminuyen con gran aumento en las haptinas. La última ecuación traduce

la marcha espontánea en la curación de ciertas enfermedades.

Si la primera fórmula representa el estado biológico del hombre en plena infección añadiendo a ellas las reacciones producidas por la vacuna, tendremos:

IV.—100 antígeno, más 10 haptinas, más 5 lysinas más  $\frac{(\text{hap. más lys})}{(\text{vacuna})}$  igual enferm. 0 más 1.

Es decir: a las lysinas existentes se aumenta otra unidad de elemento patológico.

La cuarta ecuación es exacta científicamente y traducida en su aplicación en la práctica da evidentes reacciones.

Si existen diferencias de intensidad en estos fenómenos, dependen de varios factores, siendo los principales:

1º.—La diferencia de virulencia del antígeno empleado;

2º.—Grado de inmunidad ya adquirida por la evolución de la enfermedad en el momento de la inyección.

Ambos son fáciles de contralorear: el primero por su experimentación; el segundo por la observación clínica. En efecto, la práctica de la vacunación enseña que cuando se vacuna a un cierto número de individuos en distinto grado de infección, obedecen mejor a la acción de la vacuna los que están en estado más avanzado

de su ciclo mórbido, que los menos avanzados.

En cambio por mi método (Méndez) el producto vacunal se limita al pequeño círculo de las haptinas y transforma la ecuación primera en la siguiente fórmula:

V.—100 antígeno, mas 10 haptinas, más 5 lylo que se aproxima casi del todo a la ecuación tercera que representa la curación.

Interpretando estas fórmulas se ve que el grupo constituido por todas las vacunas usadas, inculca dentro del organismo, elementos activos patológicos que Wright había ya observado y traducido por faz negativa.

Con el haptinógenogono sólo se consiguen para el organismo inoculado, factores fisio-patológicos necesarios a la natural evolución del proceso elemento patológico.

Méndez considera todas las localizaciones de la gonococcia según sean: cavidades abiertas, cavidades cerradas o intermedias. En la primera coloca la uretritis, gonitis, anexitis, osteiteitis, etc. En las semiabiertas o intermedias, orquitis, epididimitis, deferentitis, prostatitis.

La acción curativa de la vacuna es distinta en sus resultados, según las localizaciones, así en las cavidades cerradas la acción del medicamento es definitiva, no necesitando en la mayoría de los casos coadyuvantes para la curación. Este procedimiento terapéutico se reduce a una sola

inyección repetida después de diez a doce días en caso de insuficiencia.

En el grupo de las cavidades abiertas, uretritis, vaginitis, metritis, bartolinitis, el haptinógeno actúa incompletamente y no alcanza por su sola acción a producir la curación total.

La razón es sencilla: las colecciones de exudados provocadas por el gonococo se hallan formadas por suero sanguíneo y fagocitos que son reabsorbibles. Dichas colecciones contienen los anticuerpos curativos formados por el haptinógeno; este exudado que en las cavidades cerradas permanece en contacto con el germen atacándolo, en las cavidades abiertas se derrama y el tiempo necesario para que se efectúe la reacción.

Para tratar las infecciones de cavidades abiertas se inyecta una dosis de gono y se transforma la cavidad abierta en cerrada.

Para ello se hace uso de lavajes y bujías antisépticas, que ha sido abandonado por sus autores substituyéndolo por el que sigue.

En toda cavidad abierta que pueda obturarse fácilmente con un trozo de leucoplasto, el que debe ser perfectamente adherente, utilizando este procedimiento siempre que la secreción sea tan abundante que por sí sola llene la cavidad.

La obturación reviste cierta dificultad en la uretritis, vulvovaginitis, metritis.

Los autores proceden a llenar la cavidad con mastic cuya fórmula y preparación es la siguiente :

$$A \left\{ \begin{array}{l} \text{Protargol} \quad . \quad . \quad 0,50 \text{ ctg.} \\ \text{Agua destilada} \quad 20 \text{ gr.} \end{array} \right.$$

Disuélvase el protargol por maceración en el agua.

$$B \left\{ \begin{array}{l} \text{Goma adragante} \quad 10 \text{ gr.} \\ \text{Agua destilada} \quad . \quad 70 \text{ »} \end{array} \right.$$

Se pulveriza finamente la goma y se agrega agua tibia a bañomaría. Se filtra por gasa bajo presión y se mezcla en frío A con B.

Este mastic sin ser antiséptico en el verdadero sentido del vocablo es aséptico y de ningún modo facilita el desarrollo de gérmenes, es inocuo, no irrita las mucosas, su inyección es fácil, se disuelve lentamente en los exudados orgánicos y en la orina, es adherente, esto hace que cuando por la micción se expulsa la columna que llena la uretra por ejemplo quede adherida una capa delgada que resiste al arrastre conservándose así la cavidad cerrada.

En las uretritis, vulvo vaginitis y vaginitis los pacientes se pueden aplicar el mastic ellos mismos, usando para ello una geringa de inyecciones uretrales con pico atornillado, para facilitar la absorción que se hace difícil por la densidad del preparado.

En las uretritis los medios coadyuvantes deben tratar que la enferma orine lo menos posible,

para evitar que la cavidad abierta de la uretra sea barrida por la orina lo menos posible.

Se emplean las bujías de nargol, sal de plata al 5 o 10 por ciento.

### **Metritis**

En las metritis las inyecciones se practican con una jeringa de Braun y la obturación del orificio del cuello debe ir precedida por un pequeño taponamiento con gasa, del canal cervical, que es recubierto con un trozo de leucoplasto adherido al cuello. Si la seguridad de la obturación da lugar a dudas se debe recubrir con un capuchón de gasas con colodión y columnizar la vagina. Mayores molestias no provoca esta curación y puede dejarse sin remover.

La dosis curativa del gono se avalúa en 3 cm<sup>3</sup> cantidad que llena las ampollas.

La inyección debe practicarse en el tejido celular subcutáneo, evitando el enquistamiento en las aponeurosis o en los músculos, que detendrían su acción, prolongando o haciendo insuficiente su acción curativa.

El Dr. Méndez aconseja y en nuestras observaciones hemos seguido, practicar la inyección en la región infraclavicular por la facilitar de poder seguir todos los fenómenos que se pasan en el punto inyectado.

Otros observadores, y entre ellos el Dr. Casta-

ño, practican en la región glútea, encontrando más indolora la inyección, mayor tejido celular, etc.

La inyección curativa puede ser única, pero en ciertos casos después de 8 a 10 días sino se observa curación o mejoría debe practicarse una segunda. En algunos casos se necesita una tercera inyección.

El haptinógeno provoca algunas veces dolor local poco molesto.

#### **Resultados**

Según los autores y agregado a nuestras observaciones los resultados obtenidos son los siguientes:

El gono Méndez no produce reacción local ni general, ofrece la gran ventaja de que el enfermo no necesita guardar cama ni seguir un tratamiento especial.

#### **Uretritis**

En las uretritis el antinógeno actúa en primer lugar haciendo desaparecer el síntoma dolor lo mismo que el ardor en la micción.

Después de varios días la mejoría se acentúa, la secreción uretral disminuye hasta el punto (en algunos casos) de observarse una que otra gota de aspecto opalino y muy fluida. Es cuando llega a este estado que la enferma debe hacer uso

de la medicación corriente para obtener la curación completa.

La secreción uretral de amarillo verdosa se transforma en amarilla clara después de las 24 horas, luego en amarilla más clara, y más tarde serosa. Estos períodos pueden seguirse al microscopio; se observa que en un primer período hay abundantes leucocitos polinucleares fagocitando, conteniendo gonococos intracelulares, cuando la secreción se vuelve clara tiene fagocitos con pocos gonococos y gonococos libres; en un período más avanzado se observa fagolisis y bacteriolisis, los gonococos extracelulares se hacen más abundantes y por último, cuando la secreción se vuelve serosa no hay fagocitos.

En las formas crónicas raras en la mujer no se obtiene ningún resultado.

### **Vaginitis**

Con el gono, en esta localización gonocócica el dolor es el primer síntoma que desaparece a las 24 horas, lo mismo la sensación de calor local.

La secreción vaginal experimenta los mismos cambios que la que hemos descripto en la uretra. Pero como en la anterior se necesita una medicación coadyuvante para obtener la curación; eso sí, en poco tiempo.

### **Bartolinitis**

El resultado obtenido por nosotros y los que han experimentado es casi nulo, así el dolor puede desaparecer pero en general persiste, el pus no disminuye, necesitando su abertura quirúrgica.

### **Metritis**

En las metritis subagudas y crónicas, es también el dolor el primer síntoma que desaparece. El flujo igualmente se transforma rápidamente, volviéndose seroso, claro y escaso. Las lesiones del cuello, exulceraciones, ectropión de la mucosa del orificio, cicatrizan con rapidez.

El cuerpo del útero disminuye de tamaño, desaparece la congestión; se puede movilizarse sin dolor.

Agregaremos que el flujo tampoco desaparece del todo necesitando un tratamiento coadyuvante.

En las localizaciones intramusculares del gonococo en forma de pequeños abscesos gonocócicos, que se manifiestan en abundantes flujos, dolores son modificados por la vacuna, destruyéndose los gérmenes aquellos desaparecen.

La menstruación se regulariza después del empleo de la vacuna.

La completa desaparición del gonococo en el útero no es posible con este método únicamen-

te; explicable por tratarse de una cavidad abierta, y porque si bien es cierto que las localizaciones profundas se curan por encontrarse en contacto con los elementos de defensa, no así las superficiales que necesitan la ayuda de la terapéutica común, que escapan o no llegan las haptinas, sino en mínima proporción. Como tratamiento coadyuvante No 3 Ag.—Cloruro de zinc—formol, ictiol, etc.

#### **Ooforosalpingitis—Salpingitis—Piosalpinx**

Es en las lesiones de la trompa donde podemos observar los grandes resultados de la vacuoterapia y en especial del haptinógeno.

La explicación es fácil. Se trata de una cavidad cerrada. el gonococo se encuentra mezclado a los elementos de defensa del organismo, se esteriliza con facilidad.

Así vemos que en una piosalpinx, los dolores desaparecen a las 24 horas, la sensación de pesadez de las fosas ilíacas e hipogastrio desaparece, la temperatura baja, así como los fenómenos de reacción general de la enferma se producen paulatinamente.

El estado local de las trompas se modifica poco a poco así por el tacto vaginal el dolor a la presión desaparece disminuyendo de volumen.

Trompas que tenían el tamaño de una man-

darina poco a poco se modifican haciéndose poco perceptibles y movilizables.

En las perisalpingitis, los exudados, etc., cuando el proceso no es muy antiguo, se reblandecen y terminan desapareciendo.

Cuando se trata de lesiones viejas el restituto ad integrum no se consigue, pues la esclerosis es la que conduce a la curación.

En muchos casos las enfermas sometidas a este tratamiento necesitan ser operadas, habiéndose observado las modificaciones arriba mencionadas. Pero en estos casos la operación se facilita enormemente lo mismo que se acorta el período de preparación de la intervención.

#### **Ovaritis—Periooforitis**

Generalmente en el ovario el gonococo se localiza habitualmente en la superficie, constituyendo la periovaritis, lesión más frecuente y poco accesible a la acción fagocitaria. En las lesiones crónicas: ovaritis, absceso ovárico y tubo-ovárico.

Los trastornos de dismenorrea desaparecen rápidamente por la vacunoterapia, el volumen disminuye, lo mismo que el dolor.

En los absesos tuboováricos, las adherencias se reblandecen y disuelven, necesitando en muchos casos un tratamiento coadyuvante para desaparecer.

La cicatrización que constituye el proceso de curación de toda lesión se hace dejando rastros de tejido escleroso.

La intervención cuando se hace necesaria se facilita mucho.

### **Pelviperitonitis**

En esta afección el dolor es el síntoma que primero desaparece, las enfermas experimentan bienestar, la temperatura disminuye y desaparece.

El plastrón, las masas de exudados que llenan la pelvis rodeando e inmovilizando el útero y los anexos que hace el tacto muy doloroso, casi imposible, se resuelven en 48 horas; por la palpación se observan los fondos de saco móviles.

En algunos casos no basta una inyección; se hace necesaria otra después de 8 días.

En muchos casos es necesario seguir un tratamiento médico coadyuvante,—pero empleando la vacuna—mejora más rápidamente, y en aquellos casos rebeldes en que se hace necesaria la intervención ésta se facilita enormemente.

Como conclusiones generales diremos que la acción del gono Méndez en las infecciones gonocócicas a cavidad cerrada, su acción terapéutica es capital, total y definitiva en muchos casos.

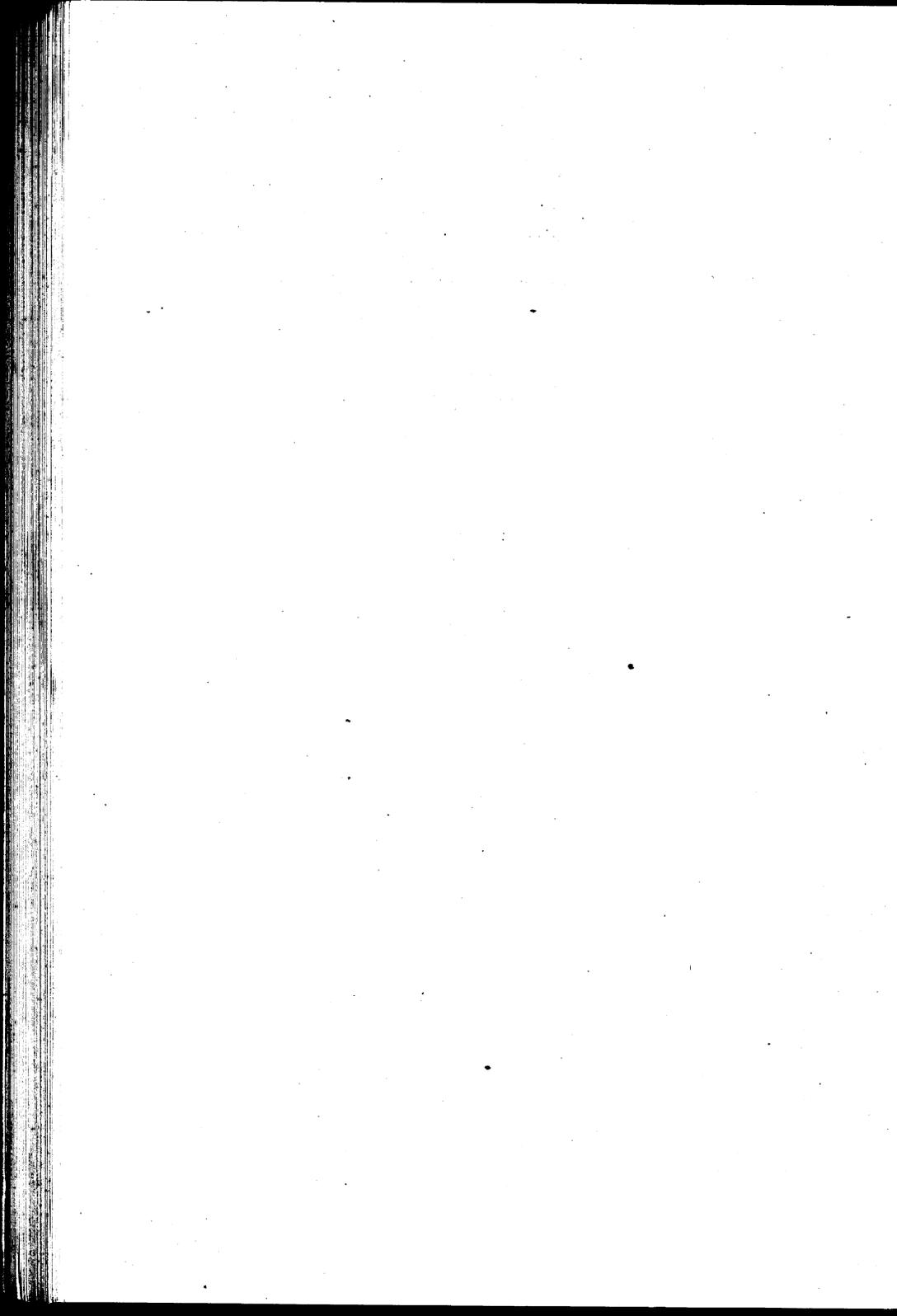
En las infecciones a cavidad abierta su acción

es parcial necesitando el complemento de la medicación antigéna.

En estas como en las otras vacunas muchos fracasos son debidos a la no especificidad de la lesión; pues ellas son debidas a estreptococos, colibacilos, en muchos casos asociados al gonococo.

La sífilis y especialmente la localización aneural es otra causa de fracaso.

De ahí la importancia del examen previo de los flujos antes de empezar ningún tratamiento.



## Observaciones Clínicas

*(Tomadas del servicio de ginecología del doctor  
J. M. Caballero — Pabellón 2.º A)*

### OBSERVACION I

R. C.—37 años, casada, cama 58.

Diagnóstico: Pelvíperitonitis.

La enfermedad actual empezó a los pocos días de su matrimonio con flujos de color amarillo. Hace un año le hicieron un raspaje por una hemorragia y después de esto las reglas se regularizaron, pero empezó a sentir dolores en la fosa ilíaca izquierda; en diciembre le hicieron una oóforo salpingectomía izquierda y salpingectomía derecha. Después de esa operación la menstruación se ha hecho muy dolorosa y en los períodos intermenstruales pierde siempre un puco de sangre.

Estado actual:

Cicatrices de la parotomía mediana.

Aparato génito urinario: Cuerpo de útero en anteflexión movable, fondo de saco lateral izquierdo doloroso, pero no se nota nada de anormal.

Se le hace examen del flujo: hay gonococos.

Se le practica en el tejido celular subclavicular 3 cc. de gono. Se obtiene ligera mejoría.

A los 8 días una inyección de cc. de antógeno.

Los flujos disminuyen, así como las metrorragias y dolores.

A los 15 días como la enferma no sana se le practica una operación (laparatomía). Se desprenden adherencias. La enferma sale de alta curada.

## OBSERVACION II

A. P.—48 años, italiana, casada, cama 50.

Diagnóstico Pelvipéritonitis—metritis.

Hace dos meses que tiene flujos amarillentos. Hace un mes, el último día de su menstruación tuvo un dolor agudo en la fosa ilíaca derecha que se irradiaba al bajo vientre. Estos dolores continúan hasta el presente, se hizo tratamiento médico y no mejora.

Al tacto útero rodeado de infiltraciones que lo inmovilizan, doloroso y duro.

Se hace examen de flujos y da gonococos.

Se le practica una inyección de 3 cc. de antinógeno.

A las 24 horas los dolores disminuyen; más adelante los flujos disminuyen también.

A los pocos días los dolores vuelven. Se le practica una segunda inyección de antinógeno. Los dolores disminuyen y poco a poco desaparecen; lo mismo los flujos.

Al tacto el útero se moviliza, se vuelve indoloro.

Se le practica examen de flujos; no hay gonococos.

A los 25 días se le da de alta curada.

### OBSERVACION III

A. D.—23 años, argentina, soltera, cama 36.

Diagnóstico: Salpingitis derecha, metritis.

Antecedentes personales sin importancia.

Enfermedad actual:

Se queja de dolores en la fosa ilíaca derecha irradiados a la pierna. Flujos amarillos abundantes.

Aparato génito urinario:

Utero poco móvil, grande. Anexo derecho aumentado de volumen y doloroso.

Se hace examen de flosos: hay gonococos.

Se le practica una inyección 3 cc. de antinógeno. A las 48 horas los dolores disminuyen. El flujo disminuye poco a poco. A los 8 días se le practica una segunda inyección de antinógeno.

Los dolores van desapareciendo, lo mismo que los flujos.

La enferma mejora, se continúa con termoterapia. Los flujos no dan gonococos.

Se la da de alta curada.

#### OBSERVACION IV

A. T.—23 años, casada, cama 38.

Diagnóstico: Metritis, pelviperitonitis.

Antecedentes personales sin importancia.

Enfermedad actual:

Se queja de dolores en el bajo vientre y caderas; reglas abundantes, una metrorragia le dura 15 días. Flujo amarillo y verdoso, su examen da gonococos.

Al tacto anexos aumentados de volumen y dolorosos.

Se le practican 3 inyecciones de antinógeno con intervalos de 8 días. Se obtiene disminución de los anexos. Utero se moviliza.

Se la interviene. Histerectomía subtotal.

Se la da de alta curada.

#### OBSERVACION V

N. L.—48 años, casada, cama 42.

Diagnóstico: Pelviperitonitis, metritis.

Enfermedad actual:

Se queja hace un mes de dolores en el bajo vientre, caderas. Abundantes flujos amarillos que

investigados dan gonococos. Temperatura 37° 5.

Aparato génito urinario.

Al tacto útero aumentado de volumen, doloroso, poco movable. Anexos dolorosos.

Se le practica una inyección de 3 cc. de anti-nógeno.

A las 24 horas la enferma se encuentra mejor. No hay temperatura. Después de 3 días los dolores y los flujos vuelven.

A los 8 días de la primera inyección se le practica otra.

Se observa igualmente mejoría que continúa.

Ocho días más tarde se le hace una tercera inyección. Se nota que la mejoría se acentúa. A los 20 días de la primera el útero se moviliza. Se hace indoloro. Lo mismo los anexos. Los flujos disminuyen. Los dolores cesan. El examen de flojos no da gonococos.

Se continúa con lavajes y a los 30 días se le da de alta curada.

#### OBSERVACION VI

O. J.—19 años, casada, cama 30.

Diagnóstico: Metritis, oóforosalpingitis doble.

Enfermedad actual:

La enferma nota abundante flojo amarillo. Dolores en el bajo vientre, siendo agudos en ciertos momentos y menorragias.

Aparatogénito urinario.

Al tacto útero doloroso, anexos aumentados y dolorosos. Examen de flujos: gonococos.

Se le practica una inyección de 3 cc. de anti-nógeno. La enferma abandona el Servicio y vuelve después de 8 días al consultorio. Se nota mejoría. Se le practica una segunda inyección. A los 8 días vuelve. Los flujos muy disminuidos. No hay gonococos.

Al tacto anexos indoloros. Se continua con lavajes.

#### OBSERVACION VII

*(Pabellón 1.º A. — Doctor Ghiso)*

J. P.—Cama 22.

Diagnóstico: Blenorragia aguda.

Ingresa el 23 de Junio de 1915. El 25 de Junio se le practica una inyección de haptinógeno gono-Méndez. Se observa reacción local. Se nota mejoría pero se hace necesario el tratamiento común para curarse.

## CAPITULO VII

### **Método de Kraus y Mazza**

La vacunoterapia puede hacerse por autovacunas y heterovacunas, es decir con productos elaborados con microorganismos aislados de la misma enfermedad o con tipos bacterianos de procedencia distinta, aunque de igual especie que los que determina la infección. Este era el concepto que el término heterobacterioterapia tenía antes de introducirse esa misma palabra para designar el procedimiento creado entre nosotros por el Prof. Kraus y el Dr. Mazza.

Es un hecho muy interesante que merece detenernos, el de la utilización del éter por el Instituto bacteriológico para la preparación de todas las vacunas.

En este procedimiento se sustituye el calor y los antisépticos por el éter, estudios que ya ha-

bían sido realizados por Vincent en la vacuna antitífica y tiene entre nosotros una eficacia probada.

Ha sido el empleo del éter por Vincent el acontecimiento que ha modificado la bacterioterapia, haciéndola aplicable en gran escala, como medio de esterilización de los cultivos.

Este agente no modifica la estructura de los albuminoides de los cuerpos bacterianos y se elimina después con facilidad de las emulsiones, por evaporación, una vez que ha actuado.

El poder antigénico de las vacunas queda así mejor conservado por la casi igual constitución con el estado vivo.

Otra ventaja de mucha importancia en el nuevo procedimiento es la supresión de las reacciones violentas, que producen otras vacunas obtenidas por el calor y debidas a la producción de sustancias pirogénicas en su mayoría.

El empleo del éter en la preparación de vacunas es la principal causa de difusión que ha tenido la vacuna antitífica profiláctica.

Entre nosotros se ha dado poca atención a la bacterioterapia, siendo su causa principal el envejecimiento de los productos usados hasta ahora introducidos de Europa y que pierden su acción eficaz por las temperaturas soportadas en el viaje y el tiempo de transporte. Se ha comprobado que difícilmente conservan su poder antigénico las

vacunas que ya tienen tres meses de fabricación y esto solo nos basta para darnos cuenta del poco éxito obtenido en nuestro país con vacunas importadas y que no está de acuerdo con los buenos resultados que observan los autores europeos.

Entre nosotros debido al Instituto Nacional Bacteriológico, bajo la sabia dirección del Prof. Kraus de estas vacunas frescas de esterilidad garantida y de acción específica, colocarán a la bacterioterapia a la altura que le corresponde.

#### **Vacuna antigonocócica Kraus**

Siguiendo los principios arriba enunciados el Instituto Bacteriológico prepara la vacuna gonocócica por la acción del éter sobre varios tipos del verdadero gonococo de Neisser.

Esta vacuna se expende en ampollas de uno a dos cc. que contienen esa cantidad de suero fisiológico y dicha solución tiene en suspensión distintos números de gonococos muertos por la acción del éter.

Es una vacuna polivalente hecha a base de varias razas o tipos de gonococos.

Las ampollas están clasificadas en letras de A a E desde 10.000.000 hasta 300.000.000 o 5000.5000.000.000 en la última de la siguiente manera:

- A 20.000.000 de gérmenes.
- B 50.000.000 »
- C 100.000.000 »
- D 200.000.000 »
- E 300.000.000 »

Es como se vé, su aplicación en dosis crecientes. Se emplea y sus autores lo aconsejan, la vía subcutánea para dicha medicación. Las dosis deben ser crecientes empleando una letra cada día o con uno de intervalo.

El tratamiento debe continuarse aunque se obtenga remisión de los síntomas con objeto de inmunizar al enfermo contra nuevos poussées.

La inyección se hace subcutánea o intramuscular, no trae reacción local ni general, ni dolor en el punto de inyección.

Se comienza con la letra A que corresponde a 20 millones de gérmenes, la B que corresponde a 50 millones se practica a los dos o cuatro días ya si se continúa con las demás letras C, D y E, cada dos o tres días.

#### Resultados

Poca experiencia se tiene relativamente de la vacuna antigonocócica Kraus.

Observaciones publicadas existen pocas.

A continuación extractamos los resultados obtenidos por diversos observadores y nosotros.

### **Uretritis**

Las uretritis con solo el tratamiento de la vacuna no curan; en muchos casos se obtienen mejorías el dolor disminuye y desaparece; la secreción igualmente disminuye; los gonococos desaparecen, en otros disminuyen. La duración de la enfermedad se acorta, pero se necesita recurrir al tratamiento habitual para obtener la curación completa.

### **Bartholinitis**

Las bartholinitis tampoco curan con la vacuna, la inflamación disminuye lo mismo que los dolores, pero el pus no desaparece, necesitamos el tratamiento antiguo.

### **Metritis**

En esta localización de la blenorragia se obtienen mejores resultados que en las anteriores. El útero se descongestiona; disminuye de volumen, los dolores disminuyen y desaparecen.

Las lesiones locales del cuello y del ectropión de la mucosa curan.

Necesitamos el auxilio de otro tratamiento, pero se obtienen notables mejorías.

### **Ooforosalingitis**

En las lesiones de anexos los dolores abdominales desaparecen aun después de las 24 horas de aplicada la vacuna. Por el tacto se pueden seguir los progresos que hace el tratamiento. Estos se vuelven indoloros, disminuyen de tama-

ño. En las oóforosalpingitis quísticas se obtienen notables curaciones.

#### **Piosalpinx**

En el piosalpinx los dolores disminuyen y desaparecen; las trompas disminuyen de tamaño. Lo mismo los dolores por el tacto. La temperatura baja.

El pus no se reabsorbe del todo; necesitamos en muchos casos la intervención quirúrgica, pero ésta se facilita. En 20 días un piosalpinx mejora, en mucho menor tiempo que el que se necesitaba con otros medios médicos. Así cuando se hace necesaria la intervención el período preparatorio de ella se acorta y se facilita enormemente.

Los dolores abdominales disminuyen y desaparecen lo mismo que la temperatura.

#### **Pelviperitonitis**

Las adherencias peritoneales laxas, las perisalpingitis, los exudados que rodean al útero se ablandan primero para desaparecer luego. La matriz que se encuentra fija en estos casos, inmóvil, se inmoviliza y se logra desplazarla sin dolor.

Los fondos de saco al principio ocupados, donde los anexos que se delimitaban por los exudados, con la vacuna se delimitan; los fondos de saco se vuelven libres.

Muchas pelviperitonitis curan con esta vacuna,

los casos rebeldes necesitan el auxilio del tratamiento médico y aun del quirúrgico.

En los casos que se hace necesaria la intervención, ésta es hecha en mejores condiciones que cuando no se ha empleado la vacuna. Así las adherencias se desprenden más fácilmente que en aquellos casos similares no tratados por la vacuna.

Como resumen diremos que la vacuna antigonocócica del Prof. Kraus ofrece la ventaja de no producir reacción local ni general, su fácil manejo etc.

Las uretritis no curan con el tratamiento solo de la vacuna; mejoran algunos casos; se acorta el desarrollo y facilita en otros, otros tratamientos.

Las lesiones de anexos curan en muchos casos, en otros mejoran y ayuda a la intervención en los casos rebeldes.

La blenorragia uterina se beneficia también con esta vacuna.

Una condición indispensable, como para las otras vacunas, es la especificidad de la lesión.

Mochos casos rebeldes son debidos a asociaciones con el colibacilo, el estreptococo, etc.

En estos casos deben emplearse las vacunas coli, antiestreptocócica del mismo autor.



**Casos tratados  
con la vacuna antigonocócica Kraus**

*Observaciones tomadas por nosotros en el Hospital  
Rivadavia.*

Pabellón 1.º — arriba — eSrvicio de enfermedades de la piel y venéreo sifilíticas. Jefe de servicio Dr. Pedro Ghiso. Jefe de clínica Dr. Manuel Ocampo.

**OBSERVACION I**

M. de M.—Italiana, cama 58.

Diagnóstico: Oóforosalpingitis doble, metritis,  
Enfermedad actual: 10 días antes de ingresar al Servicio tuvo dolores agudos en el bajo vientre, que le impedían la locomoción.

Estado actual: Vulva y vagina normales. Al tacto y la palpación se nota matriz grande, dolorosa, poco movable. En los fondos de saco laterales se nota empastamiento dolorosos. Al es-

péculum el cuello grande y ulcerado; se ve salir abundante pus.

Tratamiento: Vacuna antigonocócica Kraus.

El 27 de Julio se le hace una inyección hipodérmica de vacuna letra B.

Se observa mejoría y no hay reacción local ni temperatura.

El 29 de Julio se le hace la letra C. Hay mejoría.

El 31 de Julio se le hace la letra D. Desaparece el dolor que se localiza, aunque muy poco acentuado en la fosa iliaca derecha.

El 4 de Agosto se le hace la letra D. Continúa la mejoría.

El 5 de Agosto se le hace la letra E.

El 6 de Agosto se le somete a un nuevo examen que nos da: la enferma no experimenta dolor a la palpación, ni durante la marcha; desaparición al tacto del empastamiento de los fondos de saco laterales.

Se da de alta a la enferma completamente curada.

## OBSERVACION II

B. G.—Rusa, cama 29.

Diagnóstico: Blenorragia crónica y salpingo oovaritis crónica.

Ingresa con dolores en las fosas ilíacas y caderas.

Al examen vulva y vagina normales; pus en la uretra. La enferma manifiesta tener su blenorragia desde mucho tiempo.

Al tacto y palpación combinados se notan los fondos de saco fijos, con tumores del tamaño de un huevo de gallina, adheridos al fondo de saco posterior.

Utero doloroso, inmóvil. Flujos amarillo-verdosos. Gonococos.

Tratamiento: Vacuna Kraus.

El 27 de Julio se le practica una inyección hipodérmica letra B de la vacuna Kraus; no hay reacción local ni temperatura.

El 29 se nota alguna mejoría.

El 5 de Agosto se le hace la letra D y el 7 la letra E.

No desaparece el dolor, al tacto se nota empastamiento en los fondos de saco y los tumores; el examen del pus uretral revela la presencia de gonococos.

Se suspende dicho tratamiento.

### OBSERVACION III

M. B.—Italiana, cama 54.

Diagnóstico: Blenorragia crónica; metritis oóforosalpingitis derecha.

La enferma ingresa con dolores en la fosa ilíaca derecha y región lumbar. Tiene abundante flujos amarillo-verdosos.

Vulva y vagina normales; la uretra al comprimirla da pus que al microscopio nos da gonococos.

Al tacto y palpación combinados en el fondo de saco lateral derecho doloroso, se nota un pequeño tumor.

Cuello de útero ulcerado; útero poco móvil y doloroso.

El 5 de Agosto se le hace una inyección hipodérmica de la vacuna Kraus, letra A. No hay reacción local.

El 6 de Agosto no se observa ninguna mejoría.

El 7 de Agosto se le hace la letra B. En los días 8 y 9 el dolor disminuye. •

El 10 se le hace la letra C.

El 13 se le hace la letra D. La mejoría se acentúa.

El 16 se le hace la letra E. El 17 se examina a la enferma y notamos: pus uretral disminuido, sin gonococos. Al tacto fondo de saco lateral derecho con el tumor casi imperceptible e indoloro.

Se da de alta a la enferma curada.

#### OBSERVACION IV

J. H.—Española, cama 39. Ingresa el 22 de Agosto.

Diagnóstico: Blenorragia aguda.

Vulva y vagina rojas; abundante flujo amarillo verdoso.

Uretra a la presión deja salir abundante pus.

Examen bacteriológico del pus uretral: se observan gonococos de Neisser.

El 24 de Agosto se le hace una inyección hipodérmica de la vacuna Kraus, letra A. No hay reacción local ni temperatura.

El 27 de Agosto se le hace la letra B.

El 31 de Agosto se le hace la letra C. No se observa mejoría ninguna.

El 9 de Septiembre se le practica una inyección de la letra E.

El 11 de Septiembre se le hace la letra E. El pus uretral continúa aunque disminuido. Los gonococos persisten en el pus uretral y en la vagina.

Esta enferma curó con el tratamiento usual de la Sala.

#### OBSERVACION V

F. H.—Española, cama 37.

Diagnóstico: Blenorragia aguda.

Vulva y vagina tumefactas. Abundantes flujos amarillo-verdosos.

A la presión la uretra da abundante pus. Ardor a la micción.

El examen microscópico revela gonococos.

El 31 de Agosto se le hace una inyección de la vacuna de Kraus, letra A.

El 2 de Septiembre se le hace la letra B. Ha disminuido notablemente el pus uretral.

Septiembre 9 se le hace la letra C.

Septiembre 11 se le hace la letra D.

Septiembre 13 se le practica la letra E.

Los gonococos persisten; la secreción disminuye, pero no desaparece.

Curó con el tratamiento usual de la Sala.

#### OBSERVACION VI

A. S.—Italiana, cama 33.

Diagnóstico: Blenorragia aguda.

Vulva y vagina normales. La uretra a la presión da abundante pus. El examen bacteriológico del pus da gonococos.

El 9 de Septiembre se le hace una inyección hipodérmica de la letra A, de Kraus.

El 11 de Septiembre se le hace la letra B.

El 12 de Septiembre se le hace la letra D.

No se observa mejoría. Se sigue con el tratamiento usual de la Sala.

#### OBSERVACION VII

F. F.—Rusa, cama 24.

Diagnóstico: Blenorragia crónica.

El 9 de Septiembre se le hace una inyección de la letra A de Kraus.

El 11 de Septiembre se le hace una inyección del a letra B.

El 13 de Septiembre se le hace una inyección del al etra C.

Hay mejoría. La enferma curó con el tratamiento habitual.

#### OBSERVACION VIII

M. H.—Cama 23.

Diagnóstico: Blenorragia crónica, bartholinitis.

Desde el 1.º de Septiembre con un día de intervalo se practica una inyección de vacuna desde la letra A hasta E.

Los dolores de la glándula se alivian, la inflamación disminuye lo mismo que el pus, pero se hace necesario el tratamiento común para obtener la curación.

#### OBSERVACION IX

A. S.—Cama 33.

Diagnóstico: Blenorragia aguda.

El 9 de Septiembre se le practica le letra A de Kraus.

El 11 de Septiembre se le hace la letra B.

El 12 de Septiembre se le hace la letra C.

El 14 se le hace la letra D.

El 18 se le practica la letra E.

La secreción disminuye, pero se necesita el tratamiento viejo para obtener la curación.

OBSERVACION IX

F. H.—Cama 39.

Diagnóstico: Blenorragia aguda.

El 31 de Agosto se le inyecta la letra A.

El 2 de Septiembre los dolores han disminuido lo mismo que el pus uretral.

Se le hace la letra D.

El 9 de Septiembre se le hace la letra C.

El 11 de Septiembre se le inyecta la letra D.

El 13 de Septiembre la letra E.

La secreción uretral aunque disminuida no desaparece. La enferma curó con el tratamiento común.

OBSERVACION XI

*Pabellón 2 A.—Servicio de ginecología del Doctor*

*J. M. Caballero*

S. I.—Cama 36, 23 años, casada.

Diagnóstico: Piosalpinx doble, pelviperitonitis.

Enfermedad actual: Desde el último parto empieza a tener flujo abundante, amarillo, dolores en el bajo vientre, la menstruación unas veces disminuida, otras adelantadas o atrasadas.

El análisis de flujos da gonococos.

Se le hace una serie de Kraus. Letras A, B, C, D y E. Los dolores disminuyen, mejora, se da

de alta, pero a los dos meses ingresa nuevamente con grandes dolores en todo el bajo vientre.

Al tacto ambas trompas dolorosas y aumentadas de volumen.

Se le practica histerectomía subtotal.

En la intervención se nota localización de la lesión; las adherencias se desprenden con facilidad.

## OBSERVACION XII

*Servicio de ginecología del Dr. J. M. Caballero.*

*Pabellón 2.º A.—Consultorio externo*

Diagnóstico: Blenorragia aguda, oóforosalpingitis derecha.

Se le practica examen de flujos y de gonococos. Al tacto anexo derecho aumentado y doloroso.

Con un día de intervalo se le practica toda la serie de la vacuna Kraus.

Los dolores espontáneos desaparecen. Los flujos disminuyen lo mismo que los gonococos. El anexo derecho indoloro y disminuye de tamaño.

Se suspende 8 días el tratamiento y se continúa con irrigaciones calientes. La enferma curó.

OBSERVACION XIII

*Servicio de ginecología del Dr. J. M. Caballero  
Pabellón 2 A.*

C. W.—Cama 31, casada.

Diagnóstico: Piosalpinx izquierdo.

Actualmente sufre de los mismos trastornos: dolores, neuralgias, flujos. El examen de los flujos da gonococos.

Aparato génito urinario: Utero en retroversión poco móvil, indoloro. Anexos del lado izquierdo aumentados de volumen y dolorosos.

Después de 15 días de la última inyección los anexos continúan aumentados, pero poco dolorosos.

Se la interviene y se le practica una oóforosalpingectomía izquierda. La lesión se encuentra limitada.

Se la da de alta curada, después de 20 días.

## CAPITULO VIII

### Diversas vacunas antigonocóccicas

#### **Vacuna Reiter**

Con fines diagnósticos Reiter prepara una vacuna sin resultado positivo.

Con fines terapéuticos la emplea comenzando desde 0,1 hasta 1,0 y 1,3. Se produce reacción local. Esta disminuye a medida que la dosis aumenta. Las enfermas de piosalpinx acusan disminución de los dolores abdominales. En las metritis y endometritis, no da resultados favorables.

#### **Artigón de Bruck**

Se emplea en inyecciones intramusculares desde 0,5 a 1,0. Los resultados son menos favorables que en la anterior.

Kyrle dice que la reacción con 0,1 de artigón empleado en inyecciones intravenosas es específica de la gonorrea. Dicho autor dice que ha

obtenido éxitos más completos empleando inyecciones intravenosas que con intramusculares; sin embargo Shoshnracher tiene preferencias por las intramusculares.

**Vacunas tipo Bedreska — Vacuna de Cruveilhier**

Está preparada por una asociación de una vacuna y de un suero antigonocócico. El suero de cabras de las que se les ha inoculado cultivos de gonococos vivos se mezcla con gonococos virulentos sacados de una cultura sobre gelosa ascitis. Se inyecta debajo de la piel y produce temperatura, malestar, cafalea.

**Filacogeno**

Se prepara según el procedimiento de Schaffer y contiene productos metabólicos del gonococo y otros asociados a él: estafilococos, estreptococos, colibacilos. Esta dosis se va aumentando. Los que han experimentado aseguran que da buenos resultados.

## CONCLUSIONES GENERALES

I.—La vacunoterapia gonocócica en las afecciones gonocócicas de la mujer, debe siempre ensayarse.

II.—El tratamiento coadyuvante de la vacuna debe hacerse en muchos casos para obtener la curación definitiva.

III.—Mochos fracasos de la vacunoterapia son debidos a que las lesiones son de origen mixto, colibacilares, estreptocócicas, etc. y sifilíticas. En estos casos deben también emplearse las vacunas, pues aunque no curan preparan a la enferma, haciendo el pus estéril y colocando los órganos en buenas condiciones para la operación.

IV.—Las uretritis tratadas con la vacuna no curan, mejoran en muchos casos, necesitando siempre el tratamiento coadyuvante para obtener la curación.

V.—En las bartholinitis las vacunas no dan re-

sultado, el pus no se reabsorbe, solo se elimina evacuándolo.

VI.—La vacunoterapia en las metritis sin poder afirmarse de que curan, mejoran notablemente y ayudan a otros tratamientos.

VII.—En las pelviperitonitis, los exudados se ablandan y desaparecen, los órganos se movilizan no necesitando en muchos casos el auxilio de otros tratamientos para obtener la curación.

VIII.—En las lesiones gonocócicas de los anexos es donde la vacunoterapia produce buenos resultados.

Las salpingitis parenquimatosas curan rápidamente, los anexos se descongestionan, se vuelven indoloros y disminuyen de tamaño.

IX.—Las piosalpinx, los adcesos tuboováricos, se movilizan, se vuelven indoloros, disminuyen de tamaño; el pus se vuelve estéril, fluido, casi una secreción mucosa. Cuando se hace necesaria la intervención ésta se facilita enormemente.

XX.—Con el haptinógenogono Méndez, la nucleoproteína gonocócica Dessy y la vacuna del Prof. Kraus, se obtienen buenos resultados.

XI.—Deben preferirse aquellas vacunas que no traigan perturbaciones al organismo y que no produzcan reacción local ni general.

A. W. FITZ SIMON.

Buenos Aires. Octubre 14 de 1916.

Nómbrese al señor Consejero Dr. José F. Molinari, al profesor titular Dr. Lucio Durañona y al profesor suplente Dr. Carlos R. Cirio para que, constituídos 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. Noviembre 6 de 1916.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 3210 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.  
*J. A. Gabastou.*





## PROPOSICIONES ACCESORIAS

---

### I

Acción de la vacunoterapia en las lesiones ane-  
xiales quísticas.

*José F. Molinari.*

### II

En caso de usar sistemáticamente las vacunas  
antigonocóccicas ¿por cuál se decidiria, con pre-  
ferencia?

*Lucio Durañona.*

### III

¿Por qué, sostiene el autor, debe ser la calidad  
y no la cantidad de los gérmenes, la condición  
primordial que debe seguir de guía para la pre-  
paración de una vacuna?

*Carlos R. Sirio.*

30725

