

clinar, a veces, para ver la entrecruzada de la cava. Por otra parte, es preciso evitar cuidadosamente el lesionar los gruesos troncos linfáticos que pasan de la pequeña a la gran pelvis, abrazando las arterias ilíacas. Afortunadamente, resultan bien visibles.

Desde el punto de vista de los resultados obtenidos, uno de mis enfermos murió al 6.º día con un síndrome extraño que daba la impresión de una insuficiencia glandular aguda. En la autopsia M. MASSON, encontró una doble surrenalitis aguda. Había además decalcificaciones de las válvulas aórticas determinando una ligera estenosis con insuficiencia, atéroma de las arterias ilíacas y una gangrena pulmonar, predominando en el vértice derecho. Nada de esto fué sospechado clínicamente en este enfermo; que había sido, sin embargo, minuciosamente examinado en la Clínica Médica del Profesor MERKLEN. Nada hacía sospechar el brusco accidente que lo llevó a la muerte y que quizás puede achacarse a un accidente post-anestésico. Uno de mis enfermos ha tenido pequeños infartos tardíos, pero sin gravedad.

En otros dos casos, ha habido durante cuatro días hinchazón abdominal con una verdadera dificultad de emisión de gases, sin temperatura ni síntomas peritoneales. Sólo al 8.º a 10.º días vuelve el enfermo al estado normal y el estado post-operatorio sigue su marcha natural. Es muy posible que esta pereza intestinal dependa de las dilaceraciones simpáticas que produce la intervención a nivel del meso-colon ilíaco. El examen histológico que ya he mencionado, demuestra que son afectados numerosos elementos y por otra parte, en el caso que fué autopsiado, MASSON demostró un verdadero edema de la mucosa del intestino mayor que acompañaba un meteorismo que de ningún modo era producido por una inflamación peritoneal.

Nos encontramos con ello en una de esas incógnitas habituales en cirugía simpática, aunque sin duda se acerca el momento de aclararlas.

A pesar de los relativos fracasos terapéuticos y de las dificultades de que he hablado, he creído oportuno hablar de estos hechos que arrojan alguna luz sobre la cuestión aún desconocida de la patogenia de los edemas crónicos, que no tienen ninguna causa médica y que no dependen de una compresión por tumor.

Es una cuestión que toca de cerca la de las flebitis de que hablaba el principio y que como ésta, merece ser estudiada más atentamente de lo que se ha hecho hasta hoy.

RESUME

L'auteur s'occupe des conséquences lointaines des flebitis et des œdèmes des membres qui ne reconnaissent pas de raison médicale en attribuant l'œdème à un acte de réflexe qui prend son origine au niveau des paranglions et des cordons sympathiques l'existence desquels il a démontré dans la gange sclérotique qui entoure les veines flogosées. Les grands œdèmes chroniques, pas médicaux des membres prendraient leur origine des scléroses périvénuses de topographie pelvienne. Il expose quelques cas personnels dans les quels il procédait de manière à libérer les veines incorporées dans la gange sclérotique, y obtenant des résultats qui méritent qu'on compte avec eux, principalement comme les traitements reconnus avant n'ont donné aucun résultat positif.

SUMMARY

The writer deals about the remote consequences of flebitis and edema of the limbs that do not recognize a medical reason attributing the edema to a reflex action arising at the level of the paraganlion and sympathetic cords of which existence he has showed in the sclerotic gland surrounding the inflamed veins. The large non-medical edemas of the limbs would occur from periveneous scleroses of pelvic topography. He describes several of his own cases in which he proceeds in such a way as to liberate the veins incorporated to the sclerotic gang, obtaining results deserving notice and chiefly because the treatments known previously have not given any satisfactory results.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser beschäftigt sich mit den Folgen der Phlebitis und des Oedems nicht medizinischen Ursprungs indem er das Oedem als einen Reflex bezeichnet, der im Bereich der Paraganglion und Sympathicusfasern, die wie er darlegt in dem sklerotischen Zellenmagma, das die entzündete Vene umgibt, vorhanden sind, ausgelöst wird. Die grossen, chronischen, nicht medizinischen Oedeme der unteren Extremitäten haben. Er erklärt einige Fälle, in denen er die Venen von dem sklerotischen Zellenmagma befreite und dadurch Resultate erreichte, die umso beachtenswerter sind als die bisherige Behandlungsweise nicht zu positiven Resultaten führte.

LA QUIMIOTERAPIA DE LA BLENORRAGIA POR LOS DERIVADOS DE LA ACRIDINA

(Primera nota)

por los doctores

XAVIER VILANOVA

Dermatólogo

A. RAVENTÓS MORAGAS

Cirujano urólogo

de Barcelona

El problema de la terapéutica de la blenorragia está aun por resolver. Ninguno de los procedimientos hasta ahora empleados satisface por completo al espíritu del médico, pues si bien con casi todos se obtienen curaciones, también numerosos fracasos los decepcionan.

Y en este paso vacilante e inseguro de esperanza a desilusión (los derivados argénticos, las vacunas, la proteínoterapia), surge de nuevo el experimentador animoso, con un nuevo método que tal vez nos conduzca hasta la meta del ideal: la curación.

Y así, una de estas fases, es la de la quimioterapia por los colorantes preconizada por YOUNG con su mercurocromo 220, MOGENROT con su Rivanol, y la escuela francesa con la gonacrina.

Estos productos han sido usados sobre todo en septicemias, pielonefritis e infecciones en general, y siempre su empleo en la gonococia ha sido cosa secundaria.

Hubiéramos querido ensayar los tres medicamentos pero no ha sido posible, dado el elevado coste de los mismos, así como no disponer de servicios con numerosos contingentes de enfermos; lo cual ha hecho sue sólo el último haya sido empleado sistemáticamente, amén de algunos ensayos aislados con Rivanol que por ahora no merecen cuenta, y que dejaremos para

más adelante, cuando nuestra experiencia sea mayor y más firmes las conclusiones que de ella se desprendan.

La gonacrina es un clorhidrato de diamino-metil-acridina. Es un colorante (amarillo de acridina) de propiedades antisépticas formidables.

Fué empleado en el tratamiento de la blenorragia, por primera vez, por JAUSION y VAUCEL.

Estimulados nosotros por la brillante estadística de dichos autores empezamos a emplearla sistemáticamente en un lote de enfermos, si bien poco numerosos, seguidos con el máximo cuidado, y cuyos resultados vamos a exponer con plena sinceridad.

Método empleado.—1.º Todo enfermo antes de empezar el tratamiento es sometido a un examen de la gota y de la orina.

2.º Anotadas cuidadosamente sus condiciones de vida (régimen, profesión, funciones sexuales).

3.º Inyección intravenosa de 5 cm.³ de solución al 2 % de gonacrina (fabricación Poulenc), previa aspiración de igual cantidad de sangre. La inyección era practicada lentamente y antes de retirar la aguja se aspiraba nueva cantidad de sangre que se encargaba de lavar la vena al ser inyectada nuevamente (peligro de empastamiento doloroso y escara por difusión fuera de los vasos).

4.º En el curso del tratamiento era examinada tres veces por semana la secreción uretral e investigación de albúmina en la orina.

5.º Cuando por dos veces consecutivas el examen de la secreción uretral demostraba la ausencia de gonococos, se suspendían las inyecciones y se acababa la cura con la administración de fuertes dosis de balsámicos.

6.º Al mismo tiempo se practicaba tratamiento local en la mitad de los enfermos (grandes lavados uretro-vesicales con permanganato en unos, e inyecciones uretrales de protargol en otros).

Historia clínica núm. 1.º D., 32 años, soltero, rentista, alemán. En agosto de 1925, gota amarilla cremosa tratada con inyecciones uretrales y balsámicas, siendo dado de alta por su médico en Octubre de 1925 quedando como relicario una pequeña gota matinal hasta el 21 de Agosto de 1926 en que a los 5 días de cohabitar con una prostituta clandestina, aparece una gran supuración, el 28 de Agosto de 1926 lo ve uno de nosotros por primera vez. Meato muy tumefacto, pus abundante, amarillo verdoso, sin fenómenos subjetivos. Examen de la gota; gonococo positivo, gran número de leucocitos, los dos vasos de orina son turbios, sin albúmina en la misma. Se indica Urotropina Schering 2 gramos; y 3 inyecciones diarias de protargol 1 por 300.

3-9-26. Continúa igual; el mismo tratamiento.

4-9-26. Continúa igual. Gonacrina al 2 % 5 cm.³, la inyección es practicada muy rápidamente y sin previa aspiración de sangre, apareciendo inmediatamente de acabada, nitroides de mediana intensidad, con saliveo, congestión facial y sensación de muerte próxima, que acaba con un vómito alimenticio y cediendo todo el conjunto a la adrenalina.

7-9-26. La supuración continua siendo abundante y amarilla, demostrando el examen de la misma la ausencia total del gonococo, las células leucocitarias poco tingibles, con núcleo muy borroso, disgregadas y rodeadas de una substancia parecida al moco (aspecto no observado hasta hoy por nosotros entre más de 1000 exámenes de la gota que llevamos hechos). Se practica la segunda inyección de gonacrina (5 cm.³ solución 2 %).

9-11-14-Septiembre-26. Igual sintomatología, e igual resultado en el examen de la gota. El enfermo nota al acabar la última inyección una sensación de calor muy tolerable en la cara.

18-9-26. A pesar de la abundante supuración, de la turbu-

lencia de la orina, y de encontrarse en esta abundantes filamentos constituidos por epitelio uretral descamado, interrumpimos la medicación intravenosa. El enfermo durante este tiempo, no ha comido carne, ni pescado, ni huevos, ni leche, haciendo regimen vegetariano absoluto. Durante todo el tiempo ha continuado las inyecciones de protargol.

El 18-9-26 toma por la noche tres cápsulas de Arheol. Por la noche sin gota.

19-9-26. Por la mañana una gota escasísima. Continúa el Arheol.

21-9-26. El enfermo continúa sin gota, hilos escasos y no pesados en el primer vaso de orina.

24-9-26. Continúa sin gota; la orina teñida de amarillo. Se suspenden los balsámicos.

28-9-26. Previa ingesta de carne y cerveza y de practicar-se nuevos exámenes complementarios el enfermo es dado de alta. Curado.

Historia clínica núm. 2. J. S., soltero, impresor. Sin antecedentes venereos. A los 7 días de un coito sospechoso escozor al orinar y meato tumefacto. Al día siguiente (2-8-26) gota abundante espesa e intenso escozor y sensación de quemadura al orinar. Primer vaso orina turbio, segundo claro. Examen gota: gonococo positivo acompañado de fuerte reacción leucocitaria, con células epiteliales escasas. Lavado uretral anterior con permanganato al 1 por 10.000, e inyección intravenosa de gonacrina al 2 %, 5 cm.³. Al poner el brazal y antes de inyectarle, el enfermo palidece, se cubre de sudores fríos, y tiene un ligero desvanecimiento, que desaparece al colocarlo en posición horizontal. Se le practica la inyección sin el menor accidente. A las 7 horas de la inyección se presenta de nuevo a la consulta con meato menos tumefacto, sensación de intenso bienestar, y sin escozor al orinar.

El 4-8-20. Gota abundante muy fluída, vercosa sin escozor al orinar. Primer vaso poco turbio y el segundo claro en absoluto. El enfermo muy pusilánime se niega a continuar el tratamiento endovenoso. Sometido a otros procederes cura a los 44 días.

Historia clínica núm. 3. P. R., 30 años, ladrillero, padeció una primera blenorragia el año 1919 siendo tratado por su médico en la época y durante seis meses con inyecciones intra-uretrales de permanganato al 1 por 1000 y balsámicos. Dado de alta, guarda una gota matinal abundante. Continúa en el mismo estado y sin tratamiento durante 6 años, agudizándose el padecimiento cada dos años, y volviendo al mismo estado de cronicidad; viéndolo por primera vez en marzo de 1925 y siendo sometido al tratamiento de grandes lavados uretro vesicales, más vacunas polimicrobianas que conducen a la curación clínica en dos meses y medio. En este momento el enfermo confiesa haber tenido relaciones sexuales con su novia. En la imposibilidad de examinar y someter a ésta a un tratamiento racional, se prescriben lavados vaginales con sol. de permanganato potásico al 1 por 4.000 alternados con otros de gineclorina.

En Marzo 1926 contrae matrimonio con la susodicha enferma, apareciendo en Julio de 1926 después de un coito post-menstrual una reinfección del enfermo y una uretro-cistitis característica en la cónyuge.

El 17 de Julio se presenta de nuevo en la consulta siendo portador de una gota amicrobiana. Sometido a una inyección de Argirol al 10 por 100 se provoca una abundante supuración que descubre el gonococo al tercer examen. Los grandes lavados uretro-vesicales no le mejoran y el 15-7-26 se practica una uretroscopia anterior con el aparato de Louys (Litritis muy abundantes en la uretra peneana y presencia de un pequeño abceso que se rompe al pasar el tubo explorador. Placas de nifiltración blanca no muy marcadas, mezcladas con pequeños focos de nifiltración roja. Se dilata la uretra progresivamente (beniqués) y se continúa lavando.

El 7-8-26 continúa la gota y el gonococo positivo en la misma. Inyección intravenosa de gonacrina. En el curso de la inyección aparece constricción ligera de las fauces, sensación de calor en el brazo inyectado y en la cara, que desaparecen rápidamente.

9-8-26. Continúa igual. Gonococo positivo. Gonacrina 5 cm.³

11-8-26. Continúa igual. Gonococo positivo. Gonacrina 5 cm.³

13-8-26. Continúa igual. Al ser inyectado, un movimiento brusco del enfermo ocasiona la extravasación de unas pocas gotas de gonacrina en el celular subcutáneo, que resulta muy poco dolorosa.

16-8-26. Continúa igual. Gonococo positivo. En el brazo inyectado el día anterior ha aparecido una tumefacción inflamatoria, roja, empastada, caliente, poco dolorosa, del tamaño de la palma de la mano, coronada por dos flictenas importantes de contenido seroso francamente amarillo. Al mismo tiempo aqueja en las partes descubiertas (manos y pies) un intenso prurito y escozor, que le obligan a sumergirlos varias veces al día en agua fría, siendo máximos estos fenómenos subjetivos por la noche. Se le administra resorcina 0'20 gramos al día en un sello. Gonacrina 5 cm.³

18-8-26. Las flictenas rotas han dejado dos ulceraciones de fondo atónico y de aspecto escarótico. Cura local con pasta de Lassar, más Bálsamo del Perú al 2 por 100. Las manos y los pies tumefactos, eritematosos, y con [el mismo] prurito y escozor. Continúa igual. Gonacrina 5 cm.³

20-8-26. Continúa la gota. Gonococo negativo. Las ulceraciones del brazo continúan en el mismo estado, sin ninguna tendencia a la cicatrización. Manos y pies empiezan a descamar, menos rojos y muy aliviada la sensación de quemazón. Gonacrina 5 cm.³

22-8-26. Continúa la gota. Gonococo negativo. Ulceraciones del brazo en el mismo estado estacionario. El empastamiento que persiste igual que el primer día, es aun algo doloroso. Gonacrina 5 cm.³

24-8-26. Manos y pies curados. Gonacrina 5 cm.³

26-8-26. Persiste la gota. Gonococo negativo.

28-8-26. Vista la persistencia de la gota y la reiterada respuesta de no gonococo que nos da el laboratorio, consideramos al enfermo como esterilizado y continuamos la cura con dilataciones. Hasta hoy, 29-9-26, la gota ha persistido amicrobiana, y de las dos escaras del brazo, una cicatrizó hace 8 días, persistiendo aun la otra, así como el plastrón que se conserva con los mismos caracteres físicos y de dolor que presentaba el primer día.

Historia clínica núm. 4. M. R., 27 años, esposa de la observación núm. 3. Uretro-cistitis blenorragia.

7-8-26. Gonacrina 5 cm.³ Al acabar la inyección desvanecimiento con pérdida de pulso y sudor frío que desaparece rápidamente. Por voluntad de la paciente se suspende el tratamiento.

Historia clínica núm. 5. J. M., 23 años, militar. Blenorragia crónica datando de un año. Gota pequeña, matinal, con gonococo positivo. Primer vaso de orina claro, con filamentos pesados. Segundo vaso, claro.

12-8-26. Gonacrina 5 cm.³ Sin tratamiento local. Sin régimen.

14-8-26. Gonacrina 5 cm.³ Seguida de un ligero desvanecimiento. Continúa la gota. Sin tratamiento local. Sin régimen.

16-18-8-26. Gonacrina 5 cm.³ Continúa la gota. Gonococo positivo. Sin tratamiento local. Sin régimen.

20-8-26. Gonacrina 5 cm.³ Continúa la gota. Sin tratamiento local. Sin régimen.

22-8-26. Desaparecida la gota sin humedad en el meato. Primer vaso de orina, claro. Segundo vaso sin hilos.

Continúa en observación hasta hoy (29-9-26), sin que hasta la fecha haya reaparecido la gota.

Historia clínica núm. 6. A. B., 29 años, farmacéutico. Sin antecedentes venéreos. Coito infectante 7-9-26. El 11-9-26. Gota abundante, amarillo verdosa, muy purulenta, y con abundantes gonococos intra y extra-celulares, meato tumefacto, micción dolorosa. Hasta el 15-9-26 inyecciones uretrales diarias de solución de permanganato potásico al 1 por 1000. Durante estos cuatro días se ve obligado a viajar en ferrocarril, y a llevar una vida agitada.

16-9-26. Gota igual. Primer vaso, turbio. Segundo, claro. Se le inyecta 3 c. c. de Gonocrina al 2 por 100. La inyección es practicada a las dos de la tarde. Por la noche gota teñida de verde y micción menos dolorosa. Lavado de la uretra anterior con Rivanol al 1 por 2000.

17-9-26. Lavado de la uretra anterior con Rivanol al uno por 2000.

18-9-26. En la gota gonococo positivo. Micción indolora, meato no tumefacto, lavado de la uretra anterior con Rivanol al 1 por 2000. Gonacrina intravenosa 5 cm.³

19-9-26. Lavado uretral anterior con Rivanol al 1 por 300, mantenida 2 minutos. A las 4 horas la gota ha aumentado.

20-9-26. Gota pequeña, escasa, con gonococo positivo raro. Primer vaso de orina, poco turbia. Segundo vaso, completa-

mente transparente. Gran lavado uretral anterior con Rivanol al 1 por 2000, más inyección de 5 c. c. de gonocrina.

21-9-26. Lavado de la uretra anterior con Rivanol al uno por 2000.

22-9-26. Continúa igual. Gonacrina 5 c. c., más lavado con Rivanol.

23-9-26. Lavado con Rivanol.

24-9-26. Gota escasa, clara, filtrante, con gonococo negativo. Inyección uretral de Rivanol al 1 por 300. Gonacrina 5 c. c.

25-9-26. Gota purulenta, abundante, verdosa, amicrobiana. Se le administran balsámicos a fuertes dosis y se le practica un gran lavado uretro-vesical con tanino al 1 por 1000.

26-27-9-26. 2 grandes lavados uretro-vesicales con tanino al 1 por 1000.

28-9-26. Sin gota. Orina transparente y sin hilos. Se le hace ingerir 300 gramos de cerveza y seguidamente el examen de la esperma sobre lámina acusa un gonococo negativo.

29-9-26. El enfermo continúa igual.

30-9-26. El enfermo continúa igual. Probablemente curado. Sigue en observación.

Historia clínica núm. 7. E. S., 22 años, soldado. Blenorragia a los 8 días de un coito con una prostituta; primer síntoma escozor al orinar, y seguidamente pus amarillo verdoso.

El 11-9-26 (Primer día de la enfermedad). Lavado con permanganato potásico, uretro-vesical. Así ha continuado tratándose hasta el

25-9-26. Sufriendo todo este tiempo de quemazón vivísimo al orinar y de cuerda blenorragia; ninguna complicación. Hoy la gota es abundante, amarillo verdosa, con largos filamentos en el primer vaso, y escasos y cortos en el segundo. Examen de la gota: purulencia marcada, gonococo muy abundante. Sin tratamiento local 2 grs. de Sal de Vichy diarios, asociados a 1 gr. de benzoato sódico.

27-9-26. Cistitis (polaquiuria, disuria, turbulencia en el segundo vaso). Gonacrina al 2 por 100, 5 cm.³, intravenosa.

29-9-26. Gota abundante, así como el gonococo que contiene. La cistitis ha aumentado, obligando al enfermo a orinar hasta 9 veces por la noche. Sin tratamiento local. Continuará el tratamiento.

El número de historias clínicas expuestas anteriormente, es francamente insuficiente para deducir conclusiones firmes de las que pueda deducirse el valor terapéutico real del medicamento por nosotros estudiado. Pero, los resultados obtenidos y la observación por nosotros hecha, de algún signo de toxicidad no descrito por JAUSSON y VAUCEL, así como el tratamiento decevante de la blenorragia; nos ha impulsado a publicar estas primeras observaciones, si bien no importantes en número, cuidadosamente anotadas y que abren un camino de esperanza en el terreno de la quimioterapia que de una manera tan brillante Erlich y sus discípulos inauguraron.

No es el momento oportuno para estudiar la acción de los fármacos que militan en el campo de la quimioterapia; Erlich, defendía su concepción parasitotropa; posteriormente se ha pretendido que obraban por acción catalítica.

El hecho de negatar el gonococo a las 48 horas de la primera inyección (como el enfermo 1.^o), es ya para nosotros suficiente, para legitimar el empleo de la gonacrina en la terapéutica de la blenorragia; de esta enfermedad que de una manera tan bizarra responde a los tratamientos usados hasta hoy; un blenorragico curará sin tratamiento, en otro darán razón de ella los lavados con permanganato, en otro dicho fármaco actuará como un potente irritante uretro-vesical; en otros por fin, la vacuoterapia y los tratamientos locales uretroscópicos serán necesarios para obtener la curación.

Limitándonos a la blenorragia aguda, nosotros estamos convencidos de que el régimen de vida (alimentación y trabajo) tiene más importancia que el tratamiento local, cualquiera que sea, mientras esté bien dirigido.

Y si sólo el régimen y una inyección intravenosa alterna puede curarnos en un corto espacio de días y nos libra de esta enfermedad tan descuidada y de tan atroces consecuencias (anquilosis, esterilidad, imposibilidad de matrimonio) como es la gonococia, sin otros inconvenientes que los mínimos que más adelante des- envolveremos (siempre menores que con los otros tratamientos) nos creemos obligados a estudiar, a controlar con el máximo de sinceridad los resultados de dicha terapéutica, que hoy por hoy, no dudamos en proclamar superior a las hasta ahora usadas, por su sencillez y sus resultados.

¿Presenta inconvenientes? Que duda cabe. Si el salvarsán no diera crisis nitroides, ni hubiera casos de arseno-resistencia, no se hubiera empleado el bismuto en la sífilis.

Entre los fenómenos tóxicos observados, figura en primer lugar la crisis nitroidea, no descrita hasta hoy con este medicamento, y cuya sintomatología era en todo exacta a la salvarsánica.

Creiendo que obedece a la misma patogenia remitimos al lector que desee más amplios detalles, a los innumerables trabajos que sobre la misma se han escrito en revistas especializadas. La adrenalina actuó como medicamento heroico.

La extravasación del medicamento, aun en cantidad mínima, ha sido suficiente para provocar flictenización y escara seguida de úlcera atónica, y un plastrón indurado y doloroso, que ha imposibilitado el trabajo manual durante varios días.

La dermatosis eritematosa y muy pruriginosa de manos y pies, es debida sin ninguna duda, a la sensibilización del organismo para los rayos actínicos (coup de lumière). Tiene de especial sólo el excesivo picor y escozor que le acompañan casi intolerables.

Los desvanecimientos que siguen a la inyección nos inclinamos a creer que son más de origen psíquico que no medicamentoso, aunque sin negar una influencia por parte de este último.

A notar además que la gonocrina al ser eliminada, actúa en algunos casos (Historia núm. 1) como potente irritante uretral, que mantiene una uretritis química, acompañada de abundante supuración. Como paradoja notaremos, la rápida sedación de los síntomas subjetivos clásicos que acompañan a la blenorragia aguda.

Por falta de proceder expedito, no hemos estudiado el ritmo de eliminación del medicamento. En algún enfermo la orina estaba ya coloreada a los diez minutos; en otros a los 6 días de la última inyección aún conservaba la orina el color característico. En ningún caso se ha observado albuminuria, ni trastornos tóxicos tardíos.

Esta es nuestra experiencia; y en vista de la escasa toxicidad de la gonocrina cuando el tratamiento es practicado de una manera correcta, nosotros seguiremos empleándola para poder juzgar en su día, con un mayor

número de enfermos tratados del valor real de este fármaco que tantas esperanzas nos hace concebir.

Abierta la vía de la quimioterapia en la blenorragia, quizá no esté lejano el día en que el sueño de ERLICH para la sífilis, su "Terapia esterilisans magna" sea un hecho para esta otra enfermedad que no por ser menos dramática que la sífilis es menos funesta para el individuo y para la sociedad.

RESUMÉ

La jaune d'acridine doit être injecté systématiquement dans les cas aigües de gonococie - on peut y espérer un bon effet jusqu'à 70 per cent.

Dans la gonococie chronique ses résultats sont très inconstants - il doit toujours être accompagné du traitement classique. Les accidents produits par la thérapie d'acridine ne sont pas importants excepté dans les cas rares d'une cicatrization difficile. Le jaune d'acridine peut, en étant éliminé par l'urine, maintenir une urethritis chimique qui se dure facilement par la suspension de la medication et par l'administration de baumes. Pendant le traitement on devrait continuellement faire le controle microscopique de la goutte.

SUMMARY

The yellow of acridine should be injected sytematically in every acute case of gonococemia. A beneficial effect can be expected in 70 %. In the chronic gonococemia the results are very inconstant, it should always be accompanied by the classical treatment. The acidents caused by the acridine therapy are not important except in the rare cases of a difficult cicatrization. The yellow of acridine being eliminated by the urine can maintain a chemical urethritis, lasting easily suspending the medication and by administration of ointments. During the treatment the microscopic control of the gout should be continuously made.

ZUSAMMENFASSUNG

Acridinegelb soll bei akuter Gonorrhoe systematisch injiziert werden. Es ist dann ein guter Erfolg bei bis zu 70 % der behandelten Fälle zu erwarten.

Bei chronischer Gonorrhoe sind die Erfolge ungleichmässig und ist gleichzeitige klassische Behandlung stets zu empfehlen. Die Nebenwirkungen der Acridinetherapie sind unbedeutend, abgesehen von einigen seltenen Fällen schwieriger Vernarbung. Acridinegelb kann infolge Absonderung durch den Harn Urethritis hervorbriingen, die leicht durch Einstellung des Mittels und Verabreichung balsamischer Linderungsmittel beseitigt wird. Während der Behandlung ist das Trippersecret häufig mikroskopisch zu untersuchen.

PRÁCTICA MÉDICA

DIAGNÓSTICO DEL COMA APOPLÉCTICO

por el doctor

L. BARRAQUER FERRÉ

Médico del Hospital de la Santa Cruz

El coma (*Kaimaoo*, duerme) es un estado de somnolencia profunda con pérdida total o parcial de la inteligencia, de la sensibilidad y de la motilidad y con conservación de las funciones vegetativas, aunque siempre perturbadas.

Se diferencia el coma, en general, del *sincope*, porque a éste lo caracteriza la gran disminución de la circulación, la cara y las extremidades aparecen lívidas y frías y el pulso se pierde, lo que no sucede con el coma.

También se hace evidente la diferenciación de éste respecto a *asfisia* por intoxicación por el *gas del alum-*