

cas que se han hecho, que por desgracia, no es así, pero, sin embargo, creemos tiene la enorme ventaja de poder administrar la dosis necesaria en profundidad con menos riesgo, por ser posible como sucede en la localización del paso del aire superior poder obtener la dosis necesaria sobre el foco neoplásico, empleando un solo campo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 MAYNEORD. — Brit. J. Radiol., 7, 158, 1934.
- 2 BOUWERS. — Brit. J. Radiol., 9, 481, 1936.
- 3 CORRIGAN. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 37, 520, 1937.
- 4 FAILLA, G.; TWOMBLY, G., y MARINELL. — Radiology, 27, 679, 1936.
- 5 LAURITSEN. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 30, 529, 1936.
- 6 STONE, R. S., y BERSOLD. — Radiology, 29, 296, 1937.
- 7 STONE, R. S.; LIVINGSTON, M. S.; SLOAN y SCHAFEE. — Radiology, 24, 298, 1936.
- 8 STONE. — Radiology, 30, 88, 1938.
- 9 TAYLOR. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 41, 256, 1939.
- 10 TRUMP, J. G., y CLOUD. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 44, 615, 1940.
- 11 VAN ATTA, L. C., y NORTHRUP. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 41, 633, 1939.
- 12 VAN DER TUUK, J. H. — Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlung, 58, 83, 1938.
- 13 LEUCUTIA y CORRIGAN. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 34, 664, 1935.
- 14 GLASSER. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 38, 769, 1937.
- 15 INTERNATIONAL COMMITTEE FOR RADIOLOGICAL. — Radiology, 50, 634, 1937.
- 16 TÉLLEZ. — Atlas de monogramas para el cálculo de dosis en radioterapia. Editorial Hernando, 1934.
- 17 QUIMBY y FOCHT. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 46, 376, 1941.
- 18 LEUCUTIA y CORRIGAN. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 38, 762, 1937.
- 19 CORRIGAN. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 37, 520, 1937.
- 20 LAURITSEN. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 41, 633, 1939.
- 21 VAN ATTA y NORTHRUP. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 41, 633, 1939.
- 22 PHILLIPS y INNES. — Brit. J. Radiol., 11, 498, 1938.
- 23 FOLSOM. — Radiology, 27, 679, 1936.
- 24 CHAFFEE y ABERSOLD. — Radiology, 33, 759, 1939.
- 25 LEA. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 45, 603, 1941.
- 26 STEEL. — Radiology, 34, 196, 1940.
- 27 EWING. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 39, 165, 1938.
- 28 HOLTHUSEN. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 40, 497, 1938.
- 29 GLASSER y PORTMANN. — Radiology, 14, 346, 1930.
- 30 HOLTHUSEN. — Strahlentherapie, 21, 275, 1926.
- 31 TAYLOR. — Am. J. Roentgenol. & Rad. Therapy., 38, 772, 1937.

ZUSAMMENFASSUNG

In der Strahlentherapie erhält man mit zu hoher Voltspannung eine erhöhte Dosis primärer Tiefenstrahlung. Man kann so eine vollkommenere Technik erreichen, und bei den tief gelegenen Tumoren kann die Dosis bei einem grösseren Focus verabreicht werden. Bei der Strahlentherapie sollen möglichst kleine Felder, die sich fast ausschliesslich auf die Läsion beschränken, behandelt werden, und das kann nur mit Hilfe dieser neuen Art der Supervoltage erzielt werden. Man braucht so keine Strahlenstreuung, um für einen Herd eine bestimmte Tiefendosis, die den Erfolg garantiert, zu erhalten.

RÉSUMÉ

Avec la thérapie de supervoltage on obtient une plus grande dose de profondeur de radiation primaire et une technique plus parfaite, pouvant administrer une dose sur un focus plus grand dans les tumorations situées très profondément. On doit l'employer dans les traitements des champs petits, limitant presque exclusivement la lésion, ce qui est possible seulement avec cette thérapie de supervoltage, puisque la radiation disperse pour obtenir une

dose en profondeur sur focus n'est pas nécessaire pour le traiter avec succès. Malgré tout la thérapie de supervoltage n'a pas résolu le problème de la guérison du cancer, bien qu'elle améliore la thérapie d'application.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA CÁRICA RÁPIDA DE LA BLENORRAGIA POR EL SULFANILAMIDOTIAZOL

A. GÓMEZ PEDRAZA

Dispensario Oficial Dermatológico y de Higiene Social
"Martínez Anido"

Servicios. — Director Jefe de Clínica: DR. BERTOLOTI
de Laboratorio: DR. UTRILLA

Incitado por la gran masa de enfermos que diariamente desfilan por este Dispensario Oficial Dermatológico y de Higiene Social del que es Director maestro el Dr. BERTOLOTI y Jefe del Laboratorio el Dr. UTRILLA, vamos a mostrar a continuación en este ensayo-trabajo y con limitado número de enfermos de gonococia los efectos obtenidos en tratamiento intensivo con la cura rápida de la blenorragia por el sulfanilamidotiazol.

Este trabajo va encaminado a manifestar el porcentaje de curaciones que estamos obteniendo con la quimioterapia sulfotiazólica.

Vista en otras comunicaciones la ausencia casi completa de toxicidad de los tiazoles, ¿por qué no darlos en dosis masivas, como ha hecho otros autores... prescindiendo de lavados y vacunas? En distintas ocasiones los habíamos tratado en enfermos dispensariales, con buenos resultados, llegando a conseguir que algunos enfermos quedaran exentos de supuración y con orinas claras y sin filamentos durante un año. Tal ocurrió en un enfermo de profesión niquelador, al que se servía con frecuencia y que hace excesos de bebidas alcohólicas y de vida sexual y sin embargo no tenía recidiva alguna manifiesta, ya que no se había visto secreciones anormales que pudieran revelar la reproducción. Este enfermo descrito someramente por no haber hecho en él ningún análisis ni observación completa durante el tratamiento, es el conjunto con los demás, tratados con distintos tipos de tiazoles, han servido de norma para seguir compiendo con otros este tratamiento en cuanto a dosis y duración; pero con la observación sistemática del exudado uretral hasta su total desaparición; de las orinas (turbidez, filamentos, etc.); tolerancia y actividad del medicamento, etc., que luego se describiendo con toda clase de detalles.

Este trabajo se limita a exponer los casos tratados por nosotros dispensariales, que suman un total de treinta y seis.

La mayor parte de estos enfermos, blenorragicos agudos, fueron comenzados a tratar cuando lle-

ban con la secreción uretral desde unas horas a tres o cuatro días; también se ve por las historias clínicas que al final se insertan que los hay con supuración hasta de quince días, otros de meses, aunque estos últimos con alternativas de mejoría al no seguir el tratamiento adecuado.

La dosificación empleada y la duración del tratamiento en estos enfermos agudos ha sido de diez y doce gramos en las veinticuatro horas, empezando a primeras horas de la mañana con una toma de dos o de tres gramos, según la edad del paciente, estado general, etc., para continuar después administrando a la mayoría un gramo cada dos horas, a otros un gramo o medio gramo cada hora, hasta llegar al total de los diez a doce gramos. Esto es lo hecho en la mayoría de los enfermos, pero a los individuos que llevan más días con secreción o que han padecido blenorragias repetidas, se les suministra el segundo día cinco gramos como cura de refuerzo, uno después de cada comida y otro media-días mañana y tarde.

Tan sólo se observó un fracaso con esta cura rápida. El enfermo número 36, al que sometimos a este tratamiento, a los cinco días de comenzar el segundo ciclo (veinte gramos suministrados a dosis de cinco gramos los dos primeros días, cuatro gramos el tercero y tres gramos el cuarto y quinto, con lavados y vacunas), volvió a recaer reapareciéndole la supuración. Entonces se comenzó de nuevo el tratamiento a los siete días substituyendo los tiazoles por sulfamidas del grupo acetilado, administradas en idéntica forma que el segundo ciclo anterior, y al segundo día le desapareció la secreción, encontrándose a los doce días siguientes con orinas claras y sin filamentos.

En el enfermo número 32 se comprueba que los tiazoles, al igual que las sulfamidas de otros grupos, no ejercen una acción bactericida sino bacteriostática. Este enfermo toma ocho y medio gramos del medicamento en las veinticuatro horas. A las ocho horas de empezar la cura le desaparece la supuración. Estando al día siguiente con las orinas claras y sin filamentos, continúa dieciocho días en el mismo estado. Entonces se le permite hacer vida normal, pero haciendo excesos reaparece a los dos o tres días la supuración, que vista al microscopio da gonococos en bastante cantidad. ¿Quiere esto decir que el enfermo no estuviera curado de su blenorragia? Estos enfermos deben estar el mayor tiempo posible sin hacer excesos, empezando su vida normal a los ocho o diez días de terminar esta cura, hasta los veinticinco o treinta, en que es casi seguro que las defensas hayan dominado por completo la infección y podamos hablar de curación. Lo hemos comprobado en este caso porque al someterle de nuevo al tratamiento con otro ciclo de sulfanilamido-tiazol (veinte gramos en cinco días: 5-5-4-3-3) le desapareció la supuración y al mes siguiente estaba con orinas claras y sin filamentos.

Parece por lo tanto quedar comprobado que el que no responde bien a la cura rápida, obedece a la administración de un segundo ciclo repetido a los seis u ocho días y acompañado de lavados de uretra anterior y de cuatro a seis inyecciones de vacuna en días alternos.

Así pues podemos sentirnos optimistas con la cura rápida de la blenorragia, ya que de las treinta y seis historias clínicas estudiadas tenemos veintisiete curaciones inmediatas; cinco curados después de repetir un segundo ciclo (números 6, 9, 31, 33 y 35); el caso número 34 curado con el ciclo de cuatro días, lavados y vacunas; el 32 ya descrito; y el caso dicho de fracaso número 36, que con el 25 que a continuación se expone completan las treinta y seis historias.

El enfermo número 25 nos hace ver que es fundamental en esta cura la rigurosa observancia del régimen de vida (reposo, abstención de bebidas y demás excitantes, etc.), durante los cuatro o seis primeros días. Dada la profesión de este enfermo, que no dejó de ejercer, vimos que a los dos o tres días de tomar dos ciclos, tras desaparecerle la secreción, le aparecía nuevamente, hasta que, guardando por unos días absoluto reposo, acompañado de lavados y vacunas, se vió libre de la supuración y con orinas claras y pocos filamentos; continuando bien a los ocho días siguientes.

No obstante, la eficacia de este tratamiento es tal que en algunos casos, por ejemplo en el número 18, vimos que a pesar de hacer cotidiana vida sexual a partir del tercer día de la terminación de la cura, no le apareció la supuración ni tenía filamentos en la orina, continuando igual a los dieciocho días. Citaría más casos de otros que hicieron también excesos pero con bebidas alcohólicas, los cuales al mes y días seguían sin secreción, ni filamentos. Esto no quiere decir que se puedan autorizar tales excesos en tan poco espacio de tiempo.

La observación sistemática de las orinas es el mejor exponente de la marcha en todo momento de la gonococia, por la ausencia o presencia de filamentos, fieles indicadores de la infección y punto que está localizada (próstata, uretra anterior o posterior, etcétera). Antes del tratamiento aparecen en unos, orinas turbias y con filamentos, en otros claras y filamentosas, y en otros en fin uniformemente turbias, como corresponde a su estado agudo, para después de ser tratados tornarse claras y con pocos filamentos, los cuales terminan por desaparecer a los tres o cuatro días de la cura rápida en la mayoría y en otros tras de dos, tres o cuatro lavados de uretra anterior. Sin embargo, en los individuos tratados con dos o tres ciclos de tiazoles y sulfamidas de otros grupos, se observa que tardan mucho más tiempo en desaparecer.

Es sorprendente ver cómo desaparece la supuración a las pocas horas de esta cura rápida. En los análisis de exudados hechos a las dos, seis, diez, catorce, dieciocho y veintidós horas de comenzar el tratamiento se ve un marcado y progresivo descenso de gonococos, que terminan por desaparecer casi siempre en las últimas preparaciones. Éstas y las hechas antes de comenzar el tratamiento, fueron teñidas por el método de Gram y examinadas siempre bajo el control del Jefe del Laboratorio doctor UTRILLA. Hecha gonometría para ver la marcha de la infección, se han descubierto en las extensiones realizadas a las dos horas del tratamiento, igual número de gonococos que en las preparaciones anteriores a éste, e incluso se ha visto aumentar el

número en algunos enfermos, para luego en los siguientes frotis ir decreciendo hasta encontrar escasas parejas y desaparecer por completo en las últimas extensiones. Al desaparecer en breves horas el flujo uretral, aparte de evitarse las molestias subjetivas del enfermo, es menor el número de probabilidades de que se produzcan uretritis estafilococicas que darán lugar unas veces a intermitentes secreciones y otras a la clásica gota matutina, difícil de vencer por su enquistamiento y rebeldía.

El sulfanilamidotiazol se tolera perfectamente a pesar de suministrar dosis fuertes el primer día y repetirlas más débiles al siguiente. La mayoría toleran el tratamiento sin trastornos. En los menos casos se dan ligeras cefaleas, astenia, dolores imprecisos en región gástrica y estado subfebril. Un caso se registró con polaquiuria y otro con dolor localizado en región renal que duró dos horas aproximadamente. La toxicidad del medicamento es nula o casi nula, considerada clínicamente, ya que pretender comprobarla hasta el extremo exigiría sistemáticos exámenes de orina y sangre por si se encontraba lesión en hígado, riñón, etc., cosa que rebasa la mera observación clínica. Se han dado dos casos de ictericia. En el número 34, presentada al mes de su tratamiento y en el número 16 presentada a los veintiocho días de la cura de su blenorragia, en ambos con orinas colúricas y con ligeros indicios de pigmentos biliares. La aparición de la ictericia próximamente al mes de efectuado el tratamiento nos hace considerar dudoso que sea directamente debida a toxicidad medicamentosa.

No creo necesarias las pruebas de provocación bruscas: cerveza, alcohol, instilaciones uretrales con nitrato de plata, etc., por las grandes posibilidades de reactivarse, sobre todo si estas pruebas se llevan a efecto a los pocos días de la terminación del tratamiento. Basta el que a los ocho o diez días de terminar esta cura rápida comience el enfermo a realizar su vida normal, porque cuando la curación no es completa se manifiesta de nuevo la enfermedad, siendo conveniente inspecciones retardadas hasta pasado un período de tiempo superior a un mes en el que por lo general se puede asegurar la plena curación.

Las ventajas de la cura por el sulfanilamidotiazol son por lo que se deduce de lo que precede muy considerables, dando un porcentaje de un 75 por ciento de curaciones comprobadas en un tiempo de observación superior a los dos meses y medio, quedando a nuestro juicio eliminadas las llamadas gonorreas; la tolerancia y la toxicidad son nulas o muy escasas y con otros medios coadyuvantes se puede curar, también rápidamente, la gonorrea recidivante. Y además el que en la blenorragia se pueda obtener la cura ultrarrápida, lo que es motivo de este sencillo trabajo.

Terminada la exposición de los treinta y seis enfermos recogidos al azar de entre los llegados a este Dispensario Oficial, sólo me queda, como comprobación, consignar al final sus historias clínicas. Por ellas y por lo anteriormente expuesto se advertirá nuestro proceder en dichos casos. Si adolecen de adornos y lenguaje florido las ideas expuestas, van en cambio respaldadas por la más paciente y me-

ticulosa observancia y experimentación clínica laboratorio. Me siento obligado a manifestar agradecimiento a la dirección y felices asuntos que en todo momento y con gran cariño nos prestado nuestro Director y Jefe Dr. BERTO y el Jefe de Laboratorio Dr. UTRILLA. Damas y caballeros desde aquí las gracias a la casa Ciba que altruismo y desinterés ha puesto a nuestra disposición las cantidades precisas de Cibazol. Nosotros satisfechos si al aportar en estos conocimientos este grano de arena fruto de investigación y probación podemos ofrecer un procedimiento rápido y seguro para la curación de esta enfermedad.

ENFERMO NÚM. 1. — L. G., 24 años. Soltero. Blenorragia anterior aguda a los 7 días del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (2 gramos la mera toma y 1 gramo cada 2 horas).

Evolución clínica. — Desaparición de la supuración treinta y una horas de la toma del medicamento. Tollerancia general, buenos.

ENFERMO NÚM. 2. — L. P., 19 años. Soltero. Esterior. Blenorragia hace 25 días, tratado con 18 inyecciones de 2 gramos antigenocócica.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (2 gramos la mera toma y 1 gramo cada 2 horas). Tres lavados de perineo con agua potásico.

Evolución clínica. — Desaparición de la supuración veintiocho horas de la toma del medicamento. Astenia leve, vagos en regiones renales.

ENFERMO NÚM. 3. — M. M., 20 años. Soltero. Estero. Blenorragia anterior aguda, a los 4 días del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la mera toma y 1 gramo cada hora).

Evolución clínica. — Desaparición de la supuración veinte horas del comienzo del medicamento. Estado general de tolerancia, buenos. Ingirió alcohol y a los 20 días seguía igual.

ENFERMO NÚM. 4. — G. A. D., 42 años. Viudo. Ciego. Blenorragia anterior aguda con 24 horas de existencia a los 6 días del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la mera toma y 1 gramo cada hora), lavados de permanente potásico.

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buena.

ENFERMO NÚM. 5. — A. H. G., 21 años. Soltero. Embarazado. Blenorragia aguda con 24 horas de existencia a los 6 días del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la mera toma y 1 gramo cada hora).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buena. Bebió con bastante exceso y realizó 4 coitos.

ENFERMO NÚM. 6. — S. G. C., 21 años. Soltero. Altivo. Blenorragia hace un mes, en la fecha en fase subaguda.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la mera toma y 1 gramo cada hora). Lavados con permanente potásico, vacunas y a los nueve días 20 gramos en cinco (5-5-4-3-3). A los cuatro días de empezar el tratamiento desapareció la supuración y seguía con lavados y vacunas.

Evolución clínica. — Polaquiuria pasajera.

ENFERMO NÚM. 7. — R. P. S., 24 años. Soltero. Mecánico. Blenorragia anterior aguda con 3 días de existencia.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la mera toma y 1 gramo cada hora).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buena. A las 14 horas de ingerir el medicamento cesó la supuración. Un mes después seguía bien y haciendo vida normal.

ENFERMO NÚM. 8. — A. Z. Z., 22 años. Soltero. Soldado. Blenorragia anterior aguda con 5 días de existencia a los 5 días del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la mera toma y 1 gramo cada hora).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buena. A los dos meses y medio después de ingerir alcohol con exceso y haber realizado varios coitos, estaba bien.

S U P U R A C I Ó N

H O R A S

| A. T. | 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | 22 | | | |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|
| R.L.G.I.E. 16,7 | R.L.G.I.E. 25,8 | R.L.G.I.E. 18,1 | R. L. | R. L. 2 ó 3 P. G. | No gonococos | 2 ó 3 P. G. depurado? | | | |
| R.L.G.I.E. 38,8 | R.L.G.I.E. 64,7 | R.L.G.I.E. 24,7 | R. L. 2 ó 3 P. G. | 2 ó 3 P. G. | 2 ó 3 P. G. | No gonococos | | | |
| R.L.G.I.E. 32,7 | R.L.G.I.E. 11,1 | R.L.G.I.E. 4,7 | R.L.G.I.E. 10,4 | R.L.G.I.E. 2,9 | R. L. 10 ó 12 P. G. | 3 ó 4 P. G. | | | |
| R.L.G.I.E. 26,8 | R.L.G.I.E. 28,5 | R.L.G.I.E. 13,3 | R.L.G.I.E. | No gonococos | No gonococos | No gonococos | | | |
| R.L.G.I.E. | No se le hicieron más preparaciones | | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 45,1 | R.L.G.I.E. 18,1 | R.L.G.I.E. | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 33,8 | R.L.G.I.E. 15,4 | R. L. | No gonococos | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 14,6 | R.L.G.I.E. 12,8 | R.L.G.I.E. 4 ó 6 P. G. | 4 ó 6 P. G. E. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 36,4 | 3 días después | | |
| R.L.G.I.E. 20,6 | R.L.G.I.E. 17,8 | R.L.G.I.E. 3 ó 4 P. G. | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 40,2 | R.L.G.I.E. 12,4 | R.L.G.I.E. R. L. G. I. E. | R. L. G. I. E. R. L. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | | | | |
| R.L.G.I.E. 113,1 | R.L.G.I.E. | R. L. G. I. E. | R. L. G. I. E. R. L. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | | | | |
| R.L.G.I.E. 68,6 | R.L.G.I.E. 81,0 | R.L.G.I.E. 36,9 | R. L. G. I. E. | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 37,7 | R.L.G.I.E. 26,4 | R.L.G.I.E. 2 ó 3 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 36,4 | 3 días después | | |
| R.L.G.I.E. 31,2 | R.L.G.I.E. 28,0 | R.L.G.I.E. 22,9 | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | | | | |
| R.L.G.I.E. 37,9 | R.L.G.I.E. 39,8 | R.L.G.I.E. 18,3 | R. L. G. I. E. R. L. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | | | | |
| R.L.G.I.E. 37,4 | R.L.G.I.E. 33,2 | R.L.G.I.E. 2 ó 3 P. G. | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 51,1 | R.L.G.I.E. 58,0 | R.L.G.I.E. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | | | | |
| R.L.G.I.E. 25,8 | No se le hicieron más preparaciones | | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 18,3 | R.L.G.I.E. 17,3 | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 58,2 | R.L.G.I.E. 36,4 | R.L.G.I.E. 21,3 | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. | No gonococos | No gonococos | | | |
| R.L.G.I.E. 18,1 | R.L.G.I.E. 24,6 | R.L.G.I.E. 21,4 | R. L. G. I. E. 18,2 | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. | No gonococos | | | |
| R.L.G.I.E. 29,0 | R.L.G.I.E. 53,4 | R.L.G.I.E. 2 ó 3 P. G. | R. L. | | | | | | |
| R.L.G.I.E. | No se le hicieron más preparaciones | | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 16,7 | No se le hicieron más preparaciones | | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 27,3 | R.L.G.I.E. 32,3 | R.L.G.I.E. 8 ó 10 P. G. | R. L. 4 ó 5 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 21,5 | 6 días después | | |
| R.L.G.I.E. 19,9 | R.L.G.I.E. 16,2 | R.L.G.I.E. 10,1 | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | | | | |
| R.L.G.I.E. 36,4 | No se le hicieron más preparaciones | | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 28,2 | R.L.G.I.E. 33,7 | | | R. L. 2 ó 3 P. G. | | | | | |
| R.L.G.I.E. 6,2 | | R. L. G. I. E. | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 9,4 | No se le hicieron más preparaciones | | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 37,2 | R.L.G.I.E. 19,3 | R.L.G.I.E. 6,4 | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | R. L. G. I. E. 19,4 | 1 mes después | | |
| R.L.G.I.E. 23,2 | R.L.G.I.E. 46,2 | R.L.G.I.E. R. L. G. I. E. | R. L. G. I. E. R. L. | R. L. No gonos. | R. L. No gonos. | R. L. G. I. E. R. L. 2 ó 3 P. G. | 17 horas después | | |
| R.L.G.I.E. 13,6 | R.L.G.I.E. 6,8 | R.L.G.I.E. 2 ó 3 P. G. | R. L. | R. L. No gonos. | R. L. No gonos. | R. L. G. I. E. depurado? | | | |
| R.L.G.I.E. 70,0 | R.L.G.I.E. 38,6 | No se le hicieron más preparaciones | | | | | | | |
| R.L.G.I.E. 22,9 | | R. L. No gonos. | R. L. | | | 43 h. después | 2 días después | | |
| R.L.G.I.E. 24,5 | R.L.G.I.E. 27,1 | R.L.G.I.E. 21,3 | R.L.G.I.E. 4 ó 5 P. G. | R. L. 4 ó 5 P. G. | R. L. G. I. E. 2 ó 3 P. G. | R. L. 2 ó 3 P. G. | 2 días después | R. L. G. I. E. 27,2 | 16 d. después |
| | | | | | | | | R. L. G. I. E. 48,6 | R. L. G. I. E. 18,6 |

A. T. = Antes del tratamiento. — R. L. G. I. E. = Reacción leucocitaria. Gonococos intra y extracelulares. — Los números indican el N.º de gonococos por campo. — Las horas para los frotis se empiezan a contar a partir del comienzo del tratamiento. — 2 ó 3 P. G. = 2 ó 3 parejas de gonococos. — En los enfermos n.ºs. 2, 10, 15, 26, 33, 36, se han visto células epiteliales de 1.ª y 2.ª capa fibras elásticas y algunos espermatozoides.

ORINAS

| Enfermos | DIAS | | | | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 1 | 3 | 6 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 |
| 1 T. B. | C. S. F. | | | | | | | |
| 2 V. T. | C. F. | C. y2F. | C. y4F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | | | | | |
| 3 T. F. | C. y1F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | | | | | |
| 4 T. F. | C. F. | C. F. | C. F. | C. F. | C. F. | | | | | | | | |
| 5 T. F. | C. F. | C. y2F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | | | | |
| 6 T. F. | C. F. | T. F. | | | | | | | | | | | |
| 7 T. F. | | | C. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | | | | |
| 8 T. F. | C. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | C. S. F. | C. S. F. | | | | | |
| 9 T. F. | C. F. | T. F. | C. y1F. | C. y3F. | C. y2F. | | | | | | | | |
| 10 T. F. | C. F. | C. F. | C. F. | C. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | |
| 11 T. F. | C. F. | C. F. | C. F. | C. y3F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | |
| 12 C. F. | C. y2F. | C. S. F. | C. y2F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | |
| 13 C. F. | C. F. | C. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | |
| 14 T. F. | C. y3F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | |
| 15 T. F. | C. F. | C. y4F. | C. S. F. | | | C. S. F. | | | | | | | |
| 16 V. T. | C. F. | C. F. | C. F. | | | C. S. F. | Colíricas | C. S. F. | | | | | |
| 17 C. F. | C. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | S. F. | C. S. F. | | | | | |
| 18 T. F. | C. F. | C. S. F. | C. S. F. | | C. S. F. | | C. S. F. | | | | | | |
| 19 C. F. | C. F. | | C. y4F. | | | | | C. S. F. | | | | | |
| 20 C. F. | C. F. | C. y3F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | | | | | | |
| 21 V. T. | C. F. | C. F. | C. F. | | | | | | | | | | |
| 22 T. | T. F. | C. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | C. S. F. | | | | | | |
| 23 T. F. | C. F. | C. S. F. | | | | | | | | | | | |
| 24 T. F. | C. F. | C. F. | C. y2F. | | | | | | | | | | |
| 25 T. F. | C. F. | T. F. | C. F. | | | | | | | | | | |
| 26 C. F. | C. F. | C. F. | C. F. | C. y4F. | C. y3F. | | | | | | | | |
| 27 C. F. | C. F. | C. F. | C. F. | | | | | | | | | | |
| 28 T. F. | C. F. | C. F. | C. F. | | C. F. | C. y3F. | | | | | | | |
| 29 C. F. | C. S. F. | | | | | | | |
| 30 C. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | |
| 31 V. T. | T. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | | |
| 32 V. T. | C. S. F. | C. y2F. | C. y3F. | C. y3F. | C. y4F. | C. S. F. | T. F. | C. F. | C. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. |
| 33 V. T. | | | | | | | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. |
| 34 T. F. | C. F. | C. F. | C. F. | C. F. | C. y5F. | | | | | | | | |
| 35 T. F. | C. F. | T. F. | T. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | | |
| 36 T. F. | C. F. | T. F. | C. F. | T. F. | T. F. | C. y2F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | C. S. F. | | |

T. F. = Turbias y filamentosas. — U. T. = Uniformemente turbias. — C. F. = Claras y filamentosas. — C. S. F. = Claras y sin filamentos. — El día 1.^o (1) se refiere al día anterior al tratamiento y sigue contando a partir de este día.

ENFERMO NÚM. 9. — R. de V. C., 42 años. Soltero. Joyero-relojero. Blenorragia aguda con 48 horas de existencia y tratado con 8 cápsulas de Arheol, en la fecha sigue en fase subaguda.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (2 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas). A los 3 días tomó nuevamente 20 gramos del medicamento en 5 días (5-5-4-3-3).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos. A los dos días de empezar el segundo ciclo le desaparece la supuración y doce días después en que marchó para San Sebastián seguía bien.

ENFERMO NÚM. 10. — E. C. M., 39 años. Soltero. Impresor. Blenorragia anterior aguda con 48 horas de existencia.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (2 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas). A los 3 días le apareció ligerísima gota matutina y tomó 5 gramos del medicamento en 24 horas.

Evolución clínica. — Ligera polaquiuria. A los 10 días empezó a hacer vida normal y 60 días después y habiendo ingerido alcohol con exceso (este enfermo es muy bebedor) y realizando 4 coitos, continuaba bien.

ENFERMO NÚM. 11. — C. A. Y., 30 años. Soltero. Mecánico. Blenorragia aguda hace un mes, tratado con Dagenán (un tubo), lavados y vacuna. En la fecha sigue en fase subaguda.

Tratamiento. — Quince gramos en 48 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas, el primer día; y el segundo día, 1 gramo después de cada comida, 1 gramo a media

mañana y 1 gramo a media tarde). Lavados de permanganato potásico y Tripaflavina, y vacuna.

Evolución clínica. — Ligeras cefaleas. A los 26 días de minar este tratamiento y después de hacer vida normal y una to, estaba bien.

ENFERMO NÚM. 12. — N. O. de D., 25 años. Soltero. pendiente. Blenorragia anterior aguda con 24 horas de existencia y a los 3 días del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Once gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buena. Un mes después de realizar este tratamiento se encontraba bien, habiendo ingerido alcohol y realizado dos coitos.

ENFERMO NÚM. 13. — M. M. R., 33 años. Casado. Blenorragia anterior aguda con 9 horas de existencia.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buena. Un mes después del tratamiento y después de ingerir alcohol y realizar vida sexual se encontraba bien.

ENFERMO NÚM. 14. — M. V. F., 29 años. Soltero. Blenorragia anterior aguda con 4 días de existencia y a los 20 del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas).

Evolución clínica. — Ligerísima diarrea. Cincuenta días después de esta cura y después de ingerir alcohol y haber realizado 3 coitos se encontraba bien.

ENFERMO NÚM. 15. — V. H. G., 20 años. Soltero. Portandista. Blenorragia anterior aguda con 24 horas de existencia a los 12 días del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos.

ENFERMO NÚM. 16. — M. G. H., 27 años. Soltero. Policía Armada. Blenorragia anterior aguda con 2 días de existencia a los 2 del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos. A los 26 días del tratamiento ligera ictericia pasajera que le duró 2 ó 3 días.

ENFERMO NÚM. 17. — L. G. G., 31 años. Casado. Zapatero. Blenorragia anterior aguda con 10 horas de existencia a los 12 días del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas).

Evolución clínica. — Buena tolerancia y buen estado general.

ENFERMO NÚM. 18. — N. S. C., 26 años. Soltero. Delincuente. Blenorragia anterior aguda con 24 horas de existencia.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas.

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos. Desde los 3 días de empezar esta cura empezó a hacer vida sexual. A los 20 días siguientes seguía bien.

ENFERMO NÚM. 19. — E. G. A., 39 años. Casado. Zapatero. Blenorragia anterior aguda con 4 días de existencia, a los 20 del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada 2 horas).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos.

ENFERMO NÚM. 20. — I. B. E., 23 años. Soltero. Empleado. Blenorragia anterior aguda con 24 horas de existencia a los cinco del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos.

ENFERMO NÚM. 21. — J. S. S., 24 años. Soltero. Dependiente. Blenorragia anterior aguda con dos días de existencia.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos.

ENFERMO NÚM. 22. — F. R. C., 18 años. Soltero. Oficinista. Blenorragia anterior aguda con diez días de existencia, tratado con un tubo de Neoulirón; en la fecha en fase subaguda.

Tratamiento. — Catorce gramos en 48 horas (9 gramos el primer día y 5 el segundo).

Evolución clínica. — Las dos últimas tomas medicamentosas le produjeron vómitos. Se le hicieron cuatro lavados con oxicianuro de mercurio. A los veintiún días siguientes y después de haber ingerido alcohol y realizado un coito se encontraba bien.

ENFERMO NÚM. 23. — J. F. G., 29 años. Casado. Albañil. Blenorragia anterior aguda con dos días de existencia, a los catorce del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos.

ENFERMO NÚM. 24. — T. J. J., 31 años. Soltero. Jornalero. Blenorragia anterior aguda con seis días de existencia a los seis de contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos. Se le hicieron dos lavados de permanganato potásico.

ENFERMO NÚM. 25. — M. R. G., 27 años. Soltero. Balarín. Blenorragia anterior aguda con tres días de existencia a los tres del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas), y al día siguiente 5 gramos (1 gramo después de cada comida y 1 gramo a media mañana y 1 gramo a media tarde) siete días después 20 gramos en cinco días (5-5-4-3-3), lavados y vacuna.

Evolución clínica. — Astenia. Veinte días después de terminar este segundo ciclo estaba con orinas claras y con pocos filamentos.

ENFERMO NÚM. 26. — A. F. P., 23 años. Soltero. Comerciante. Blenorragia anterior aguda con dos días de existencia a los quince del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diecisiete gramos en 48 horas (12 gramos el primer día y 5 el segundo) cuatro lavados de permanganato potásico.

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos.

ENFERMO NÚM. 27. — J. C. S., 28 años. Soltero. Conductor. Blenorragia aguda hace cuatro meses, en la fecha en fase subaguda.

Tratamiento. — Trece gramos en 48 horas (10 gramos el primer día, 3 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas, y 3 gramos el segundo día).

Evolución clínica. — Polaquiuria.

ENFERMO NÚM. 28. — A. Ch. D., 23 años. Soltero. Carpintero. Blenorragia anterior aguda con tres días de existencia a los siete del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Quince gramos en 48 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas hasta 10 gramos el primer día, y 5 gramos el segundo día).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos.

ENFERMO NÚM. 29. — F. M. G., 42 años. Casado. Conductor. Blenorragia anterior aguda con ocho días de existencia, a los siete del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Quince gramos en 48 horas (10 gramos el primer día y 2 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas, y 5 gramos el segundo día).

Evolución clínica. — Fiebre ligera. A los veintitrés días y después de haber bebido y seguir ejerciendo su profesión continuaba bien.

ENFERMO NÚM. 30. — C. N. R., 37 años. Casado. Tranviario. Blenorragia anterior aguda con ocho horas de existencia a los nueve del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Quince gramos en 48 horas (10 gramos el primer día, 3 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas, y 5 gramos el segundo día).

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos. A los treinta y seis días de este tratamiento y después de haber bebido y realizado vida sexual se encontraba bien.

ENFERMO NÚM. 31. — G. A. B., 23 años. Soltero. Conductor. Blenorragia aguda con cinco días de existencia a los seis del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Quince gramos en 48 horas (10 gramos el primer día, 3 gramos la primera toma y 1 gramo cada dos horas, y 5 gramos el segundo día). Un gramo después de cada comida y 1 gramo a media mañana y 1 gramo a media tarde).

Evolución clínica. — Ligeras cefaleas.

ENFERMO NÚM. 32. — A. G. A., 34 años. Casado. Impresor. Blenorragia anterior aguda con tres días de existencia a los cinco del contagio sospechoso.

Tratamiento. — 8,50 gramos en 24 horas (2 gramos la primera toma y 1 gramo cada hora). A los 25 días 20 gramos en cinco días (5-5-4-3-3), lavados de uretra anterior y va-
cunas.

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos. A las ocho horas de empezar el tratamiento desaparición de la supuración que duró hasta los 25 días en que hizo excesos durante varios días apareciéndole nuevamente; a los tres días siguientes le desapareció continuando bien 26 días después.

ENFERMO NÚM. 33. — J. B., 18 años. Soltero. Dependiente. Hace seis meses blenorragia aguda, tratado con ocho lavados, dos tubos de Sulfamidas y píldoras de Bleucavine; desapareciéndole la supuración en la fecha y desde hace catorce días supuración y escozor a la micción.

Tratamiento. — Siete gramos en las 24 horas (2 gramos la primera toma y medio cada hora). A los 14 días un segundo ciclo de 10 gramos en tres días de Cibazol, lavados, vacunas, masajes de próstata y masaje sobre benigüe. Esto durante un mes aproximadamente, encontrándose bien a los veintidós días siguientes y después de realizar vida normal.

Evolución clínica. — Ligeras cefaleas y dolor localizado en región renal derecha que le duró dos horas aproximadamente.

ENFERMO NÚM. 34. — Z. G. F., 24 años. Soltero. Ebanista. Blenorragia aguda con 18 días de existencia. Tratado

con dos tubos de Sulfamidas; en la fecha en fase subaguda.

Tratamiento. — D'Melkos (medio c. c.). 20 gramos en cuatro días (6-6-5-3), a los cinco días lavados totales de permanganato potásico, masajes de próstata y sobre benique.

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos. A los diez días de realizar este tratamiento le desapareció la supuración, continuando bien sesenta días después.

ENFERMO NÚM. 35. — R. P. P., 21 años. Soltero, Albañil. Blenorragia anterior aguda con tres días de existencia a los cuatro del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada hora). A los seis días siguientes seguía teniendo supuración y se le puso D'Melkos (medio c. c.) y dos días después tomó 20 gramos de Cibazol en cinco días (8-8-8-8-8). Haciéndole también lavados, desapareciéndole la supuración a los tres días de empezar este segundo ciclo.

Evolución clínica. — Estado general y tolerancia, buenos. Un mes después de terminar el tratamiento tenía las orinas claras y sin filamentos.

ENFERMO NÚM. 36. — S. H., 32 años. Viudo. Chapista. Blenorragia anterior aguda, a los 14 días del contagio sospechoso.

Tratamiento. — Diez gramos en 24 horas (3 gramos la primera toma y 1 gramo cada hora) a los dos días supuración, lavados de permanganato potásico y al día siguiente medio c. c. de D'Melkos para dos días después darle un nuevo ciclo de cinco días (5-5-4-3-3). Dos días después de terminar este segundo ciclo sigue con supuración y le seguimos con lavados y vacunas y a los diez días siguientes se le administran 20 gramos de Albucid en cinco días (5-5-4-3-3), dos días después le desaparece la supuración.

Evolución clínica. — Astenia. Doce días después de terminar el tratamiento y habiendo realizado vida normal se encontraba bien y con orinas claras y sin filamentos.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei der akuten Gonorrhoe konnten mit der Sulfothiazolstostherapie (10-12 g. innerhalb der ersten 24 Stunden) 75 % Heilungen beobachtet werden. Das Medikament wurde in allen Fällen gut vertragen; toxische Erscheinungen traten nicht auf. Die Krankengeschichten der Patienten werden beigelegt.

RÉSUMÉ

L'auteur observe dans la blénorragie aigue un 75 % de guérisons avec la cure ultrarrapide à base de sulphotiazol (10 à 12 grammes dans les 24 premières heures). La tolérance fut parfaite dans tous les cas et la toxicité nulle. On expose les histoires cliniques des malades.

DISNEAS PÁLIDAS, DISNEAS ROJAS Y DISNEAS CIANÓTICAS

Ensayo sobre una nueva clasificación de las disneas

P. FARRERAS VALENTÍ

(Auxiliar de la Cátedra de Patología Médica II de la Facultad de Medicina de Barcelona)

Clinica Médica A. de la Universidad de Barcelona.
(Director: PROF. A. PEDRO PONS)

La simple inspección de las cualidades de la piel es un método de exploración tan sencillo como valioso para el conocimiento de múltiples enfermedades internas. A pesar de ello, con frecuencia son

olvidadas por el médico práctico las intimidades que existen entre determinados síntomas cutáneos y ciertas afecciones internas. El objeto del presente trabajo, es exponer una nueva clasificación de las disneas, atendiendo precisamente a uno de los síntomas cutáneos más notorios: la coloración de la piel del enfermo.

De la misma manera que distinguieron TECHEBRUGGSCH y HANS HÖRSTERS una ictericia flava, otra rubinica y otra verdinica; VOLHARD una hipertensión roja y una hipertensión pálida, obstetras una asfixia blanca junto a la asfixia del recién nacido, consideramos posible, útil y práctica, una clasificación de los disneicos fundada en el color pálido, rojo o cianótico de sus tegumentos. Con esta nueva ordenación de las disneas, nos ponemos contribuir a facilitar al práctico el diagnóstico de ciertos cuadros clínicos, ofreciéndole elementos de juicio asequibles en cualquier medida que se halle, pues ello nos parece ser una de las más útiles y provechosas. A este respecto quedamos siempre con gratitud los esfuerzos que maestros clínicos F. FERRER SOLERVICENS y ADRO PONS vienen haciendo desde largos años enseñarnos, junto a los enfermos, detalles de observación utilizísimos para el diagnóstico de las enfermedades internas.

Tuvimos la idea de hacer una clasificación de las disneas, fundada en el color de la piel de los enfermos, al ver la imponente palidez cutánea de ciertos disneicos, en contraste con la coloración roja o cianótica de otros. Nuestra clasificación, sin embargo, no es en modo alguno unívoca, ni comprende la totalidad de las disneas. Como se verá en seguida, no existe una sola disnea pálida oponible a una disnea roja única, sino que, tanto las disneas pálidas como las disneas rojas, y también las cianóticas, constituyen grupos sindrómicos que abarcan respectivamente una serie de enfermedades frecuentemente de etiología diversa y entre las cuales a menudo el único síntoma común es precisamente la coloración pálida, roja o cianótica del disneico.

Conceptuamos respectivamente, entre otras, como disneas pálidas, rojas o cianóticas, a las siguientes:

| | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| I. Disneas pálidas. | Disnea de la endocarditis lenta. |
| | » de los aórticos luéticos. |
| | » de las anemias graves. |
| | » de la hipertensión maligna. |
| | » del neumotórax espontáneo. |
| | » del infarto de miocardio. |
| II. Disneas rojas. | » de la toxicosis morfínica. |
| | Disnea de los hipertensos genuinos y pletones. |
| | » de la enfermedad de Cushing. |
| III. Disneas cianóticas. | » de los policitómicos. |
| | » de las intoxicaciones por CO y CNH. |
| | Disnea de la enfermedad de Ayerza. |
| | » de las asistolias congestivas. |
| | » de la estenosis pulmonar congestiva (Morbus coeruleus). |
| | » de las enfermedades miliares del pulmón (tuberculosis y carcinosis). |

Solo indicamos aquí los disneicos pálidos, rojos o cianóticos que, por la regularidad, evidencia o matiz especiales de su coloración cutánea pueden ser diagnosticados fácilmente. No tratamos de analizar minuciosamente la patogenia de la coloración