

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
FACULTAD DE MEDICINA

*LA ACRIDINA Y LAS SALES
DE PLATA EN LA TERAPEUTICA DE
LA BLENORRAGIA DEL HOMBRE*

TESIS

QUE PARA SU EXAMEN PROFESIONAL
DE
MEDICO, CIRUJANO Y PARTERO,
PRESENTA EL ALUMNO

BENJAMIN CAMARA Y GOMEZ

•

1936
IMP. UNIVERSAL. SALVADOR. 56

MEXICO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis queridos padres:

Sr.

FEDERICO CAMARA D.

y Sra.

FRANCISCA GOMEZ J. DE CAMARA,

con todo mi corazón.

A

CIRO RUIZ CULEBRO:

compañero y amigo de gran estimación.

JOSE SOL C.:

prototipo de estudiante y reconocido amigo

RICARDO ALMENGOR R.:

derrochador de caballerosidad

y compañerismo.

NUESTRO VIAJE.....

Hace once años que izamos las velas de nuestra bacarola y nos hicimos a la mar. Once años que de nuestras provincias zarpamos rumbo a un puerto común: la FACULTAD DE MEDICINA, llevando como único bagaje, nuestra sana ambición. Como buenos marineros que saben soportar serenos las inclemencias de Saturno, así nosotros vogamos tranquilos hacia ese puerto que nos habrá de dar el preciado permiso para continuar sin cartas del tiempo, el viaje definitivo.

Ya en pleno viaje, muchos aventureros fracasaron por falta de espíritu firme, y otros tuvieron la desgracia de perecer ignorados de todos, pues la aventura es difícil y traicionera; para ellos mi eterno recuerdo.

Ahora nosotros, con un pie en la escotilla y el otro en tierra firme, vamos a bajar a ella trayendo solamente en nuestras manos, un jirón de cielo azul, los gratos recuerdos de la Profesional arrancados a la vida diaria, y un gran fardo de desilusiones, los fracasos habidos. Si logramos desembarcar, depositaremos a los pies de la bella Higia esos presentes, para avituallarnos de esperanzas y emprender la partida final.

México, D. F., Enero 8 de 1936.

INTRODUCCION

Aún cuando es difícil introducirse en un terreno de la ciencia que ya está trillado, lo intentaremos nosotros al tomar como punto de tesis;: LA ACRIDINA Y LAS SALES DE PLATA EN LA TERAPEUTICA DE LA BLENORRAGIA DEL HOMBRE, tema ya tratado, aún cuando no bajo el punto de vista que nosotros lo vemos, si ampliamente en las formas: anatómicas, histológicas, microbiológicas, fisiopatológicas y terapéuticas. Por eso es que no esperamos decir nada nuevo a este respecto, sino que dejamos el presente trabajo a la docta consideración de quienes lo leyeren.

En lo referente a nuestra Tesis, poco hay escrito de este tema, por lo que las siguientes líneas, son en su mayoría producto de nuestra observación.

Si bien es cierto que en el mercado mundial existen infinidad de medicamentos que se recomiendan para el tratamiento de la gonorrea, y los Médicos que tienen esta especialidad a su cargo siguen multitud de procedimientos, con el noble fin de dejar completamente curados a sus pacientes, un tratamiento más, no viene a complicar los ya seguidos, sino tan sólo a divulgar el que nosotros hemos empleado y que nos ha dado en la mayoría de los casos, resultados satisfactorios. Bajo el nombre de acridina, queremos indicar un derivado de ella que en el comercio se le llama Tripaflavina.

De la fórmula especial envasada para este uso, nosotros

hemos procurado aumentar la dilución, pues siendo la original al 1/2 y al 2%, nosotros llevamos dicha dilución hasta el 1 X 10,000 obteniendo con ella, los mismos efectos terapéuticos recomendados en el uso de la Tripaflavina en su solución original, pero disminuyendo al mínimo las desventajas de usar soluciones más concentradas. Aparte de ésto, al combinar las soluciones de sales de plata, en instilaciones, hemos completado la primera parte en el tratamiento de la Blenorragia. Posteriormente seguimos para la curación radical de la infección gonocócica en el canal uretral, el procedimiento ya conocido de dilataciones, masaje y uretrocopías seguidas de cauterizaciones locales, etc., para concluir definitivamente con ella.

Nuestras investigaciones nos han llevado a la conclusión, de que es principalmente en el período agudo de la primoinfección blenorragica, donde los resultados han sido favorables. De los casos crónicos, tenemos también éxitos, pero no tan típicos como en los antes citados.

En los capítulos siguientes haremos breve reseña de la blenorragia, la Tripaflavina, las sales de plata e indicaremos la técnica que nosotros hemos seguido, concluyendo con algunas observaciones respectivas al caso de que tratamos.

No esperamos haber puesto punto final en la terapéutica de la blenorragia, sólo hemos querido dar a conocer por medio de este trabajo lo que en varios años, nosotros tenemos en práctica. Y con esto logramos un doble fin: el primero, dar a conocer ante personas compenetradas del asunto, nuestras observaciones, y el segundo, satisfacer un requisito Univeritario. Es por eso —señores Jurados— que antes vuestra consideración, dejamos el resultado de nuestro esfuerzo.

CAPITULO PRIMERO.

BREVES DATOS HISTORICOS DE LA BLENORRAGIA.

Quince siglos hace, que Moisés decía a las generaciones venideras: "VIR QUI PATITUR FLUXUM SEMINIS, IN MUNDUS ERIT" y la Biblia nos lo traduce y amplía diciéndonos: "Háblese a los niños de Israel y dígaselos: El hombre que padezca de flujos femeninos será visto como impuro". (Ver. 2o.) ... "y se juzgará que está atacado de este mal" porque a cada momento expulsará un humor impuro" (Ver. 4o. Moisés, Levítico. Capítulo 4o.)

Esto nos indica claramente que el pueblo Israelita viejo y sabio de aquella época, ya tenía noción de la malignidad del padecimiento. Con el cambio de las hojas de la Historia, vemos que Epicuro, filósofo de renombre, pagó con su vida el remordimiento de este mal. Los Judíos posteriormente, creían que se libraban de la infección gonocócica con el simple hecho de practicarse la circuncisión. Más tarde, Arateo de Capadocia diferencia claramente las "flores blancas", de la blenorragia. En Arabia, tenemos a Juan Mesue, Haly Abbas, y Rhazés que hablan de este mal dentro de su raza. En el siglo once, Abulcasem receta para la blenorragia, inyecciones uretrales de agua y vinagre.

El sabio Hipócrates, pensaba a este respecto, que de los riñones y de la vejiga provenía el "mal", y no dejaba de men-

cionar los excesos venereos como causa primordial de ellos. Celso achacaba el escurrimiento gonocócico a proliferaciones (pólipos) uretrales.

Galeno pensaba, que el pus uretral infectante era sencillamente la excreción involuntaria y sin erección de la esperma y de ahí el origen del nombre: GONORREA. Cornelius Aurelianus incurre en el mismo error de Galeno.

En el siglo IX, por los documentos de Rases, vemos que se conoce la blenorragia, su propagación frecuente y la rapidez de invasión, pero se piensa que dicho padecimiento proviene de la vejiga.

En 1347 se da una disposición sanitaria que se le atribuye a la Reina de las Dos Sicilias referente a la gonorrea y que se hace del conocimiento de las mujeres públicas de Avignon, ordenando "que todos los sábados la dueña de la casa y un Médico designado por la autoridad, visitase a las hijas del placer del establecimiento, y que si alguna padeciere enfermedad contraída en el ejercicio de su profesión, fuese aislada para que la juventud no se expusiera a contraer el mal".

Ya en este siglo sabiamente se dictaban leyes prohibitivas a las casas de asignación, que vendrían a ser el origen de los actuales reglamentos sanitarios.

Guillaume acusa a la "suciedad" retenida bajo el prepucio después del acto coital con mujer "mal aseada", de ser la productora del escurrimiento uretral gonorréico. Vuelve Górdon a incurrir en el error de Galeno y más aún, a achacar la blenorragia al hecho "de sentarse en una piedra fría".

El origen como hemos visto de la gonorrea, se ignora por completo, pero sí se repara sobre la contagiosidad de ella y es así como la escuela de Salerno dicta medidas profilácticas, contenidas en el siguiente aforismo "pos coitum simingas. Apte ser rabis uretrae".

En este tiempo comienza a recomendarse después del coito sospechoso, lavados con agua acidulada, (Guillaume) y con orina (Jean de Gaddesden).

Musa Brassavolus en 1543 impugna a la gonorrea como síntomas primarios de lúes y Tomitanos (1563) llega al mismo error. Esta era de confusión de la sífilis con la blenorragia, lleva a Falopio a curar la gonorrea que él había dividido en gálica y no gálica, con mercurio y zarzaparrilla.

Es en el siglo XVI cuando se comienza a distinguir la blenorragia de la sífilis, y uno de ellos es Ambrosio Paré el que escribe en 1564 que la blenorragia es causada por extraordinaria reflexión, excesiva inanición y por contagio. La reflexión se presenta cuando durante mucho tiempo ha habido abstinencia del coito en los que tienen costumbre de practicarlo y también con la ingestión de ciertas carnes que producen tensión y calor que darían lugar a inflamación de las partes genitales. La inanición es debida a excesos venéreos que secan el canal uretral y pierden su natural humedad, de ahí que pensaran que el escosor producido y el calor especialmente al orinar sentido en la uretra tuvieran aquel origen, de aquí se origina el nombre de PURGACION.

Cockburn (1715) decía: que la blenorragia podía no ser seguida de accidentes sífilíticos. Hunter creía en la sífilis por inoculaciones hechas en el glande y prepucio seguidas de infarto ganglionar inguinal y accidentes secundarios entre los cuales incluía el escurrimiento gonocócico uretral.

Bayford, Duncan y Howard distinguen a la blenorragia de la sífilis y dicen que el producto de aquella no produce lesiones lúéticas y que ésta es incapaz de dar síntomas gonocócicos.

Este error imperó cerca de dos siglos, y fué Benjamín Bell a mediados del siglo XVIII (1749) el que delimitó la blenorragia, infección local causada por contagio particular del de la sífilis.

A pesar de que Ricord en 1831 por inoculaciones que hace, pone punto final a esta confusión, todavía en 1837 Donné imputa a las tricomonas vaginales el origen del pus uretral del hombre; Salisbury en 1868 achaca el origen antes mencionado a un micelio con esporas. Thiry con un virus granuloso inocula el mal

después de haberlo obtenido de las granulaciones encontradas en la oftalmía purulenta (1849).

Rollet sostiene empíricamente el principio virulento aunque desconocido de la blenorragia, y dice que es específico del mal. Haller en 1872 denota la presencia de microorganismos en el interior de los picos uretrales y es Neisser quien siete años después, de un modo exacto y preciso dá todos sus caracteres al gonococo que más tarde lleva su nombre, para ser cultivado por primera vez por Bum a los cinco años de su descubrimiento.

Debemos aclarar antes, que emplearemos en las subsecuentes líneas indistintamente el nombre de gonorrea, blenorragia o purgación, pues el uso diario de esta terminología nos da a entender un padecimiento específico, infeccioso de las uretras (anterior y posterior) por el gonococo de Neisser.

CAPITULO SEGUNDO.

LA 3-6-DIAMINO-10- METIL-ACRIDINA.

El presente capítulo lleva este nombre, que en esencia es la TRIPAFLAVINA. derivado de la acridina, por tratarse de un trabajo de orden científico y no queremos que se vaya a pensar que al encontrar en las subsecuentes páginas el nombre comercial antes señalado, tratamos de dar mayor publicidad de la que ya tiene dicho producto. Es sencillamente por facilidad de lingüística, que empleamos ese nombre. Además, debemos indicar que no han sido todos los derivados de las acridinas los empleados por nosotros, sino precisamente la 3-6 diamino-10-metil-acridina, pues otros derivados como el Rivanol, etc., tienen indicaciones en la Blenorragia, sólo que estas indicaciones son: lavados uretrales, a concentraciones distintas y en nuestro caso usamos para la introducción del medicamento, punto de nuestra tesis, la vía endovenosa, por ser ésta de acción más rápida, que es lo que necesitamos en nuestro procedimiento, como más tarde aclararemos y ampliaremos su modo de acción.

Es debido a los trabajos de Benda, quien cooperando con Ehrlich, en sus estudios sobre la Tripanosomiasis donde vemos que la Tripflavina, es por primera vez mencionada. Browing introduce posteriormente en la terapéutica hospitalaria la Tripaflavina y obtiene con ella buenos resultados, al tratar heridas infectadas Kolle, Ritz, y Schlossberger experimentando en el Georg Speyer-Haus encontraron ciertas las apreciaciones

anteriores y en su comunicación, agregan: "que aparte del poder desinfectante, detiene el desarrollo de protozoos y bacterias". E. Fraenkel ha visto detenerse el desarrollo de los esporos de la gangrena gaseosa en cultivos adicionados de Tripaflavina en diluciones al 1 X 50,000. Neufeld, Schiedmann (1) dan la cifra de paralización de cultivos de gonococos por la Tripaflavina y la muerte de ellos en 24 horas. (1 X 300.000).

Estudios de Browing comprobados por Neufeld y H. Braun relatan que la Tripaflavina en presencia de sueros sanguíneos intensifica su acción paralizante sobre los microorganismos.

En 1919 es ensayada en el tratamiento de la blenorragia por médicos ingleses, obteniendo con ella resultados satisfactorios, y es así como Jausion (francés) la recomienda entusiastamente en dicha terapéutica. (2).

(1) "Sobre las propiedades quimioterápicas de algunos colorantes".

(2) "Bull. de l'académie de Medicine. 1925. Tomo 93, número 22. Dermatol. Wochenschrift núm. 7, 1926. Presse Médicale núm. 51. 1926.

CAPITULO TERCERO.

EL SISTEMA COMBINADO.

(Tripaflavina y las sales de plata.)

Antes de precisar como obra la Tripaflavina introducida al organismo, por vía endovenosa en combinación con las soluciones de sales de plata empleadas en instilaciones, vamos a dár nuestra manera de pensar respecto a la primera dentro del propio organismo humano, tendiendo a interpretar su fisiopatología.

Los colorantes empleados en terapéutica general tienen un sólo fin, el de impregnar las celdillas orgánicas y aumentar con ellas sus defensas vitales, tal es el papel de la acridina en el tratamiento de la amibiasis, del azul de metileno en el paludismo, etc.; nosotros creemos que su modo de acción es el siguiente: Como todo medicamento colorante proveniente de las amilinas y puesto en circulación en el organismo mediante el torrente circulatorio, pasa forzosa y necesariamete por los dos órganos eliminadores primordiales: hígado y riñones, y así tenemos que en las pruebas comunmente usadas del Rosa de Bengala, pocos minutos después de inyectada dicha sustancia, obtenemos mediante la sonda de Einhorn, bilis teñida en rosa, prueba que como es sabido, se emplea para conocer del poder desintoxicante de la glándula hepática. Con la sulfo-fenol-ptaleina conocemos también el tiempo en que el riñón elimina la

sustancia inyectada, pruebas las dos, invariables, de que los colorantes atraviesan el parenquima de las glándulas mencionadas. En nuestro caso también sabemos que la Tripaflavina es eliminada en un tiempo X por la bilis, los riñones y los pulmones, lo que nos hace pensar que al igual que las anteriores sustancias se difunde en el organismo en la misma forma.

Pero pensamos nosotros ¿INVADIRA LA SUSTANCIA COLORANTE PUESTA EN CIRCULACION POR LOS HUMORES DEL ORGANISMO, TODAS LAS CELDILLAS DE EL?. Firmemente creemos que sí, que al igual que se elimina por el hígado, el pulmón, etc., impregnando todos sus tejidos, de igual manera puede llegar y de hecho creemos que llega a las diversas mucosas del organismo, tanto a la pituitaria, como a la mucosa estomacal, intestinal, vaginal, uretral, etc. De ahí, que fundados en estas presunciones, emitimos las siguientes ideas: el colorante, invadiendo más o menos los diversos tejidos uretrales y periuretrales crea al germen productor del escurrimiento purulento, (gonococo) un medio desfavorable de vida. No pensamos que obre directamente sobre él, aniquilándolo, porque de ser así, la piedra filosofal en el tratamiento de la blenorragia se hubiera ya encontrado, y muy a pesar de todos los esfuerzos está muy lejos de hallarse. No, nosotros no pensamos en esa forma, sino que modificándose el medio en que viven los gonococos, es decir no siendo éste apto para el desarrollo de aquél, se dificultará la vida del germen.

La Tripaflavina llevada por la sangre a estos tejidos, y gracias a su poder de difusión mayor que cualquier otro derivado anilínico, hace que el germen paralice su actividad y probablemente muera.

Ahora bien, nuestros estudios experimentales nos han demostrado claramente que in vitro la Tripaflavina diluída al 1 X 10,000 precipita una solución de Nitrato de Plata al 1 X 500, solución de Argirol al 1 X 350, solución de Protargol al 1 X 480, dando estos dos últimos, un precipitado finamente pulverulento macroscópico y del primero microscópicamente, encontramos finos cristales metálicos. Esto que acontece en el tubo de ensa-

ye, nos arresgamos a pensar que también puede suceder en el organismo humano, y decimos que puede, por lo difícil y casi imposible que es efectuar esta prueba en el enfermo. Ahora bien, nosotros pensamos que la Tripaflavina circulando en el organismo, previamente, al ponerse en contacto con la solución de sales de plata instilada en el canal uretral, precipite el metal en los tejidos a manera de mordente, haciendo con ésto que la invasión de estas sales dentro de los tejidos, si no es a mayor profundidad si cuando menos, se hace más estable y perdurable en las celdillas. De ahí, que pensemos que dicha sustancia (la Tripaflavina) sea fijadora de la plata, por lo que concluimos atribuyéndole un doble papel: primero, paralizador del gonococo y segundo, fijador de las sales de plata, siendo estas últimas exterminadoras de ellos.

También se dice que la Tripaflavina aumenta la leucocitosis en el organismo, el cual reforzado en sus defensas naturales, ayuda con su poder fagocitario a disminuir el número de gérmenes en la uretra.

Todas estas largas consideraciones nos traen de la mano a pensar que, empleando como nosotros diluciones mayores de Tripaflavina de las que comunmente se usan, logramos el mismo fin terapéutico y reducimos al minimum los accidentes tóxicos que pudieran presentarse con las soluciones normales que existen (2%), pues existiendo organismos intolerantes para sustancias que en otros no presentan accidentes, al llevar la dilución al tipo nuestro, evitamos dichos accidentes (dermatosis, fotofobia, insuficiencia hepática, etc.), que por otra parte no tienen grandes inconvenientes, pues bien sabemos que en los accidentes de la piel, la resorcina obra en forma eficaz sobre ellos. Nosotros tenemos escasas observaciones (cuatro) de enfermos de blenorragia aguda a los cuales se les inyectó Tripaflavina en cantidades variables de la solución tipo comercial y en ellos pudimos ver que se presentaban complicaciones tan frecuentes como la epididimitis y orquiepididimitis, acompañadas de una disminución considerable del escurrimiento purulento. Esto no sabemos si sea una verdadera complicación o que quizá

estos enfermos, cuando se les aplicó la Tripaflavina ya evolucionaban hacia su complicación antes anotada. Nosotros sólo apuntamos el caso por parecernos verdaderamente raro.

Lo que hemos llamado **Sistema Combinado**, es precisamente el uso previo que hacemos de las inyecciones intravenosas de la Tripaflavina y las instilaciones uretrales de soluciones coloidales de sales de plata, habiendo expresado ya, en líneas anteriores, lo que conseguimos con este sistema.

Nuestras experiencias nos han demostrado, que los mejores resultados obtenidos, son, aquellas uretritis gonocócicas que se hallan en pleno período agudo, y los efectos se han hecho notables a los pocos días de iniciado el tratamiento (seis-días), pues el escurrimiento, la principal molestia para el enfermo, y primordial para el médico, cesan en los días indicados antes, lo cual constituye un gran alivio físico y moral para el que sufre y el médico se haya en aptitud, o bien de poder continuarlo, o iniciar otra técnica para la completa curación, técnica que en el capítulo siguiente daremos a conocer y que a nosotros nos ha dado buenos resultados.

En cuanto a los casos crónicos, hemos anotado en algunos, éxitos francos y en otros lo confesamos, no hemos obtenido ningún resultado, pues las lesiones para-uretrales y uretrales, han llegado al máximo y en estos casos, los tejidos, pudiéramos llamarlos esclerosados, se han mostrado reacios a todo tratamiento.

Con esto damos por terminado el presente capítulo, habiendo sido nuestro deseo expresar lo más claro posible, nuestras experiencias y la interpretación de ellas.

CAPITULO CUARTO.

TECNICA.

En cuanto a lo que se refiere a este capítulo, diremos que ésta, debe dividirse en las mismas en que se divide el período en que se encuentre la infección, es decir, el tratamiento que se emplea en una uretritis aguda gonocócica y el que se sigue en las crónicas. Diremos antes, que nosotros recomendamos nuestro tratamiento en las uretritis agudas, pues es en ellas donde tenemos que ser más exigentes con los medicamentos empleados para poder acortar el plazo de curabilidad de nuestros pacientes, obteniendo con ésto ventajas para continuar inmediatamente con otro, y con él completar la curación. En cambio en las uretritis crónicas como el problema del escurrimiento casi es nulo, es decir existen algunos casos la llamada "gota militar" o en otros se hace ostensible mediante reacción que se haga de la uretra con solución de nitrato de plata, o que aparezca dicha gota después de excesos venéreos o de haber ingerido grandes cantidades de bebidas alcohólicas, decíamos que el escurrimiento en estos casos es la mayoría de ellos nulo, no tenemos que pensar mucho con él, y fácilmente podemos encaminar nuestras prácticas por otro camino del masaje uretral, teniendo al paciente con una sonda Benique en el canal uretral y de los masajes prostáticos, así como también del uso de vacunas, de las cuales abundan en el mercado.

Antes de seguir indicando la forma del procedimiento creemos del caso dar breves datos de la anatomía patológica de las uretritis, a fin de tener posteriormente una base para nuestras conclusiones.

ANATOMIA PATOLOGICA: Uretritis agudas.

Como Finger demuestra después de cuarenta observaciones sobre la uretra, ésta se encuentra llena de abundantes leucocitos en la membrana epitelial y subepitelial, hechos comprobados por Councilmann, quien dice haber localizado los gonococos en las lagunas de Morgagni, pero en menor número que en la superficie. Clipper dice haber encontrado también en un caso, lesiones profundas después de ocho días de contagio, pero a no ser por este autor, todos están de acuerdo que en los primeros días de la infección todas las lesiones son superficiales. Estas lesiones se concretan a rubicundez y tumefacción del glande, uretra y tejidos circunvecinos, los folículos y las glándulas uretrales con abundante secreción de ellas (secreción mucosa) fluída y de abundancia media así como erosiones de las glándulas de Littre. En los casos de las uretritis crónicas Nielsen nos dice haber encontrado focos de irregular distribución más o menos extensos en la superficie de la mucosa, y en casos en que él asegura raros, invasión uniforme y difusa en el tejido conjuntivo subepitelial. En los casos agudos encontramos infiltraciones más o menos compactas de pequeñas células; el epitelio que cubre estos puntos infiltrados no presenta alteración alguna o está tumefacto y poco adherido a las paredes subyacentes. El epitelio cilíndrico que normalmente está constituido por una sola capa, aparece poco a poco constituyéndose en epitelio pavimentoso estratificado, cuyas capas superficiales se hayan cornificadas. Este último fenómeno no tiene lugar sino hasta que la infiltración de células redondas es sustituida por tejidos cicatriciales, formando dichos tejidos pequeños focos esclerosos superficiales.

Posner, ampliando estos datos ha logrado demostrar que esta cornificación se desarrolla al igual que procesos de la misma naturaleza observados en la piel. Cedererentz, cree que co-

sa parecida a la anteriormente indicada acontece en las lesiones producidas por los gonococos, pues dice: "que a partir de islotes de epitelio pavimentoso procedente del tejido embrionario comienzan más tarde la invasión de focos igualmente distribuidos en el canal uretral". Según Jampolski, tal vez la abundancia de las células granulosas (granulaciones de Ernst, demostradas por el método de Gram), pueden ser consideradas como un sistema para apreciar la existencia o la intensidad de estos procesos metaplásicos del epitelio.

Lohnstein encontró una hipertrofia muy acentuada y alteraciones profundas en el carácter de la capa normal del epitelio, manifestaciones degenerativas extensas (inhibición y desaparición de las células) con disociación consecutiva, infiltraciones más o menos compactas de leucocitos, proliferaciones celulares extensas en forma de polipos que sobresalen en la superficie de la mucosa, y dislocaciones que separan el epitelio del tejido subyacente.

Neelsen encontró en las glándulas, aumento de secreción e infiltración de la capa conjuntiva de la pared glandular. Fundándose en lesiones análogas encontradas por él, en un caso, Wilms y con él otros, llegaron a la conclusión de que después de la desaparición de los gonococos, queda en la uretra un estado de irritación crónica que produce sustancias desprovistas de acción infecciosa y que poco a poco acaba por curar.

Finger demostró en la uretritis gonocócica crónica, tanto en la porción anterior como en la posterior, inflamación crónica del tejido conjuntivo subepitelial que tiene dos períodos: uno de infiltración o sea de neoformación de aquel tejido, y un segundo período de retracción y producción del tejido fibroso.

Cuando el proceso permanece localizado en las capas superficiales del tejido conjuntivo subepitelial, sus efectos quedan reducidos en su parte principal a este solo tejido. Para la neoformación conjuntiva crónica puede propagarse alrededor de las glándulas del utrículo y de los conductos eyaculadores, has-

ta llegar a capas muy profundas, y al pasar más tarde al segundo período, período de retracción, puede ocasionar alteraciones considerables en la pared de las glándulas mencionadas y de su conducto de excreción.

Además de estas lesiones esenciales de procesos blenorragicos, Finger distingue dos series de alteraciones: complicantes y consecutivas. En la porción anterior de la uretra las primeras se presentan en forma de proliferación y de descamación catarral, de degeneración mucosa del epitelio de la superficie de la mucosa y de las lagunas, de alteraciones de las glándulas de Littre con participación del cuerpo esponjoso en el proceso y finalmente, de brotes de inflamación aguda que se producen de vez en cuando y que generalmente desaparecen de modo rápido. En la porción posterior, las complicaciones revisten la forma de alteraciones de las glándulas de la uretra, del verumontanum y de la próstata. Las manifestaciones consecutivas son ocasionadas por la producción del tejido fibroso que tiene lugar en el tejido conjuntivo subepitelial. Entre ellas se cuenta la transformación del epitelio cilíndrico de la uretra y del verumontanum en epitelio pavimentoso la destrucción de las lagunas y de las glándulas de Littre y la obliteración de la desembocadura del utrículo y de los conductos eyaculadores.

Ahora bien, en cuanto a lo que de técnica se trata, vamos a decir que en realidad es poco lo que a todo lo anteriormente escrito en los capítulos precedentes hay que agregar.

Comenzaremos por decir qué hemos de realizar un tratamiento antiblenorrágico con la ayuda valiosa que nos da el microscopio, pues sólo de esta manera tenemos un nivel real del progreso, estacionamiento o retroceso del estado de la infección.

Nosotros acostumbramos hacer siempre un frotis del escurrimiento antes de iniciar el tratamiento y seguir cada ocho o diez días con esta práctica, empleando para la coloración de ellos el azul de Metileno de Kühne:

Azul de metileno	1.00 gramos.
Alcohol absoluto	10.00 gramos.
Agua fenicada al 1/50	90.00 gramos.

o también la coloración de GRAM.

Hacemos siempre el lavado del glande y de la uretra anterior a baja presión con solución de Permanganato al 1 por 10.000, esto una o dos veces al día durante tres o cuatro días consecutivos. Inyectamos $\frac{1}{4}$ de c.c. de Tripaflavina al 1 por 10,000, e inmediatamente después hacemos una instilación de solución de Argirol al 20 por ciento, pues hemos notado que dado el estado inflamatorio de la uretra, ésta no resiste soluciones de nitrato de plata ni de protargol, pues cuando las hemos empleado, la inflamación aumenta en alto grado y a veces llega a sangrar la uretra. La solución de Argirol procuramos que sea retenida por un espacio de tiempo que oscila de 10 a 20 minutos, dependiendo esto del estado irritativo de la uretra. De ser posible daremos masaje a la uretra libre con el fin de exprimir el conducto y de impregnar hasta donde sea posible los tejidos con la solución que se haya en ella. Así repetimos esta práctica durante una semana, pero aumentando la cantidad de Tripaflavina en un cuarto de centímetro cúbico diariamente. En algunos casos se ha estado inyectando un cuarto o medio c.c. diariamente y sosteniéndonos en esta cantidad, observando que en esta forma también disminuye la cantidad de pus que escurre por la uretra.

Cuando esta cantidad de pus es menor y la inflamación uretral y periuretral es menor también, usamos entonces las soluciones de Protargol que como es sabido contiene un 8.3 por ciento de nitrato de plata; la solución empleada está titulada al 5 y al 8 por ciento. Más tarde ocurrimos a las soluciones de nitrato de plata cristalizado al 2 y 5 por ciento. No tenemos precisados los días en que se deba emplear estas instilaciones, pues esto depende del estado en que se encuentre el escurrimiento, pero siempre utilizamos una solución más enérgica cuando el escurrimiento purulento ha disminuido. Las soluciones de Protargol le retenemos menor tiempo que la do

Argirol y la de Nitrato de plata menos que aquellas (20 a 30 segundos), pues con mayor tiempo notamos como ya se indicó antes, que la uretra se inflama y el resultado apetecido no aumenta, sino al contrario deja como residuo adolorimiento persistente a la micción y durante dos o tres días.

Por lo general, lo que se ha observado nos lleva a dar un promedio de 10 a 15 días para que sólo persista el exudado durante las mañanas, el enfermo sólo se cambia cuando mucho una o dos curaciones al día. Pero casi siempre el escurrimiento se concreta a una gota en la mañana "la gota de los buenos días" o se encuentra que los labios del meato se hayan pegados con mucosidad viscosa ligeramente amarillenta.

Es el tiempo en que estamos acostumbrados a emplear previo lavado de la uretra anterior (técnica de sobra conocida) y el de la posterior, cuando es casi nulo lo que por las mañanas encontramos a nivel del meato urinario, decíamos que es el momento en que comenzamos las dilataciones con sonda Benique. Estas dilataciones llevan doble finalidad, la expresión de las glándulas uretrales y periuretrales, pues damos masaje con la sonda puesta desde el glande hasta la raíz del pene por arriba y por abajo a través de las bolsas y del perine hasta donde alcancemos dicho conducto; el segundo fin que conseguimos es el de ampliar el canal membranoso sobre todo en la porción del meato, que es ahí donde el esfínter normal dificulta el paso de las sondas. Esta ampliación la hacemos para usar posteriormente el uretroscopio que en nuestro caso es el de Koch.

Después de las dilataciones hacemos que el enfermo orine (práctica que debe hacerse antes de iniciar el lavado del conducto uretral) para poner en seguida instilación de nitrato de plata al 2 por ciento, con el fin de destruir los gérmenes que hayamos expulsado con la expresión del conducto a la luz de él.

Nosotros empleamos el tipo de uretroscopio de Koch para los trabajos por permitirnos examinar y poder cauterizar al mismo tiempo las lesiones localizadas que encuentre-

mos en la uretra con cualquier tópico. Empleamos la tintura de yodo oficial o la ya mencionada solución de Nitrato de plata.

Hasta aquí, queda concluída la primera parte del tratamiento en el que hemos concentrado nuestras prácticas relativas. Con ellas se ha logrado en buen número de casos resultados satisfactorios. Aquellos casos en que estemos frente a esas "gonorreas" tenaces, que a pesar de todo esfuerzo de parte del médico y buena voluntad del enfermo conservando éste todo género de cuidados en alimentación y excesos, tanto alcohólicos como sexuales, en esos casos no cejamos en nuestro tratamiento, sólo que lo ayudamos con el uso, de vacunas de cualquier tipo, pues el resultado apetecido es el de hacer reaccionar los tejidos a fin de hacer en ellos más fácil la penetración de los medicamentos empleados y aumentar las defensas orgánicas, que se han hecho estacionarias o han desaparecido.

Ahora bien, en aquellos casos en los cuales los elementos naturales del conducto uretral han sido sustituidos por tejidos cicatriciales, entonces recurrimos al tratamiento por la electrolisis, diatermia o electrocoagulación, sistemas éstos que tienen su indicación especial y que no están dentro de nuestra jurisdicción.

Concluimos diciendo, que en los casos dados de alta, empleamos para convencimiento propio y garantía de los pacientes, las reacciones conocidas por la prueba de la cerveza, coitos, obteniendo exhudadas uretrales previa instilación de solución de nitrato de plata, examen del líquido prostático, espermocultivos, etc.

CAPITULO QUINTO.

DOS CASOS.

En este capítulo relataremos con toda clase de pormenores la forma en que iniciamos y concluimos el tratamiento de dos enfermos de blenorragia. El fin que perseguimos con este relato, es el de detallar la manera en que tratamos a los pacientes, es decir a modo de complemento de nuestros capítulos anteriores.

PRIMER CASO.

RAMON J. T. Escurrecimiento uretral abundante, de color amarillento verdoso. Hace siete días del coito infectante; es la primera blenorragia que padece. Se le hizo frotis del exudado, coloreado con azul de Metileno de Kühne y otro al Gram. Abundantes gonococos intra y extracelulares, polinucleosis joven, escasas celdillas poligonales.

Primer día de tratamiento: Lavado del glande y de la uretra anterior con solución de permanganato al 1 x 10,000 y a 35° grados de temperatura, (el enfermo no soporta más alta temperatura). Inyección de medio centímetro cúbico de Tripaflavina (solución al 1 x 10,000, es decir diez miligramos de sustancia en polvo). Dada la inflamación aguda de la uretra no es posible instilar nada en ella.

Segundo día: El escurrecimiento continúa con la misma abun-

dancia que el día anterior. Volvemos a hacer lavado con permanganato como el primer día y titulada a la misma concentración y temperatura. Ahora instilamos 10 c.c. de solución de Argirol al 20 por ciento previa inyección intravenosa de tres cuartos de centímetro cúbico de Tripaflavina de la solución antes indicada.

Tercer día: Escurrimiento abundante, mayor que en los días anteriores. Lavado uretral seguido de instilación de 10 c.c. de solución de Argirol, habiendo antes inyectado tres cuartos de c.c. de Tripaflavina.

Cuarto Día: El escurrimiento purulento disminuyó. Lavado e instilación retenida 15 minutos. Un centímetro cúbico de Tripaflavina.

Quinto día: La cantidad de pus permaneció igual que el anterior. Lavado solamente del glande y de la uretra anterior.

Sexto día: Lavado e instilación de Argirol y 1 y medio c.c. de Tripaflavina.

Séptimo día: Marcadamente el escurrimiento purulento disminuyó. Lavado e instilación de Argirol por 15 minutos, e Inyección de 1 y medio c.c. de Tripaflavina.

Octavo día: Sólo en la mañana amaneció una gota gruesa de pus. Hicimos frotis coloreados al azul de metileno y al Gram; encontramos pocos gonococos, estreptococos, descamación epitelial abundante y polinucleares escasos. También los gonococos intracelulares fueron escasos. Lavado y nueva instilación de argirol e inyección de 1 tres cuartos de c.c. de Tripaflavina.

Noveno día: Una gota por la mañana. Lavado con solución de cianuro de Mercurio al 0.25 gramos por mil.

Décimo día: Aumento del escurrimiento, más mucoso que purulento. Instilación de solución de Protargol al 10 por ciento durante 40 segundos. Inyección de 2 c.c. de Tripaflavina.

Undécimo día: El meato sólo amaneció con escaso escurrimiento concretado en él, ligero exudado uretral mucoso. Durante el día no hubo secreción. Lavado con solución de permanganato a 40 grados y a 1 gramo por siete mil.

Doceavo, treceavo y catorceavo días: No hay escurrimiento. Se le hace lavado uretro-vesical, procurando que el enfermo retenga el agua para después orinarla. Se le pasan sondas Beniques de los Núms. 30 y 31 y masaje de la uretra libre sobre el Benique. Después de haber hecho la expresión de las glándulas uretrales el enfermo orina. Le ponemos el catorceavo día instilación de Nitrato de plata al 1 por ciento durante 10 segundos e inyección intravenosa de 2 c.c. de Tripaflavina.

Quinceavo día: Ecurrimiento abundante por la mañana y nulo durante el resto del día. El análisis microscópico da como resultado: escasos gonococos, abundante descamación epitelial y polinucleosis vieja en poca cantidad. Se le hace lavado con solución bórica al 5 por ciento a 40 grados.

Dieciseisavo día: Nuevo lavado con solución bórica y uretroscopia. En la cara anterior de la uretra y cerca del verumontanum encontramos una zona congestionada, otra zona igual en la uretra libre y sobre la misma cara anterior. Toques de Tintura de Yodo oficial bajo el control del uretroscopio (modelo de Koeh, Núm. 24 y 26).

Diecieteavo día: Ecurrimiento uretral escaso, lavado uretral posterior.

Dieciochavo día: Nueva uretroscopia. Continúa la zona congestiva descrita en primer lugar el día 16. Tópico local.

Diecinueveavo y veinteavo días: Ligero escurrimiento mucoso en ayunas. El microscopio revela que no hay gonococos, sólo células epiteliales. Exploración de la próstata y exámen del líquido prostático, dando como resultado celdillas epiteliales y moco en filamentos. La próstata no es dolorosa. Tamaño normal; masaje expresivo de ella.

Lavados uretrales con solución de bicarbonato de sodio alternados con los de ácido bórico. El escurrimiento mucoso desaparece totalmente a los 25 días.

En resúmen, hemos empleado 11.75 c.c. de Tripaflavina con un total de 117.5 miligramos de sustancia en polvo.

SEGUNDO CASO.

A. González Rodríguez, de 28 años de edad, es la segunda blenorragia que padece. La primera fué en 1919 y curó, pues de esa fecha a la presente no había tenido ninguna molestia. Hace tres meses contrajo su actual padecimiento, le aconsejaron que se hiciera instilaciones de una de tantas "inyecciones uretrales" que hay en el comercio y se le suspendió el escurrimiento a los tres días, pues se hacía tres instilaciones diarias. Al quinto día presentó síntomas de epididimitis. Le trataron esta complicación y el escurrimiento volvió a aparecer, sólo que no abundante, sino que en poca cantidad durante el día. Cuando lo vimos no tenía otra molestia más que la ya indicada, y que se hacía aparente por manchas que quedaban en sus ropas, manchas de color verdoso amarillento. El epididimo y parte del cordón deferente derechos estaban duros, no dolorosos, había varicocele bilateral.

1er. día: Instilación de nitrato de plata durante 30 segundos al 1 por ciento y medio c.c. de Tripaflavina.

2o. día: Exámen microscópico del exudado. Gonococos intracelulares abundantes, polinucleares degenerados, gran cantidad de celdillas epiteliales descamativas de la uretra. Lavado con solución de permanganato e instilación de Argirol al 15 por ciento durante 15 minutos e inyección de un centímetro cúbico de Tripaflavina.

3er. día: Escorrimento abundante purulento. Lavado uretral e instilación de Argirol al 20 por ciento durante 15 minutos. Inyección de un centímetro cúbico de Tripaflavina.

4o. día: Escorrimento purulento. Nuevo lavado con solución de permanganato e instilación de Argirol al 20 por ciento y 1 y medio c.c. de Tripaflavina.

5o. día: El escurrimiento es menor, nueva inyección de Tripaflavina 2 c.c. e instilación de Argirol.

6o., 7o., 8o. y 9o. días: El escurrimiento matinal persiste en poca cantidad. Lavado uretral, el último día instilación de protargol e inyección de 2 c.c. de Tripaflavina.

10o. día: Por la mañana apareció abundante exudación de la que se tomó para hacer el frotis. Gonococos en pequeña cantidad, polinucleosis, abundante, descamación epitelial abundante. Instilación de nitrato de plata por 10 segundos e inyección de Tripaflavina 2 y medio c.c.

11o. día: El escurrimiento en la mañana fué abundante, el resto del día nulo. Lavado con solución bórica al 5 por ciento.

12o., 13o. y 14o. días: No existe escurrimiento, durante los cuales se hacen lavados uretrovesicales y dilataciones haciéndose el último de estos días masaje prostático.

15o. día: Uretroscopía. Alrededor del verumontanum, hay una pequeña ulceración y otra como a 2 centímetros abajo del propio verumontanum y situada sobre la cara posterior de la uretra, a las cuales damos un toque local con permanganato concentrado.

16o. día: Escurrimiento purulento, mezclado con estrías sanguíneas, ardor al orinar. Lavado con solución bórica.

17o. y 18o. días: Escurrimiento mucoso. Exámen al microscopio: Negativo al gonococo. Exploración de la próstata y análisis de su jugo: aquí encontramos aún gonococos y moco en vírgula. Inyección de tres centímetros cúbicos de Tripaflavina e instilación de Argirol durante 10 minutos.

19o. día: Ya no existe nada de escurrimiento. Análisis del jugo prostático. Aún quedan gonococos escasos. Empleo de stock-vacunas e instilación de Argirol y 3 c.c. de Tripaflavina.

20o. día: Volvemos a hacer uretroscopía y no encontramos ninguna lesión en el canal uretral. Masaje prostático y 3 c.c. de Tripaflavina.

21o. y 22o. días: Empleo de 3 c.c. de Tripaflavina y vacunación. Volvemos a hacer análisis del líquido prostático y no encontramos gonococos. Aconsejamos a nuestro enfermo nos visite cada tercer día para vacunarle y ponerle cada vez tres c.c. de Tripaflavina. Un análisis 10 días más tarde del líquido prostático y espermocultivo siempre resulta negativo al gonococo. Le damos de alta

Empleamos en total 31.5 c.c. de Tripaflavina con 305 miligramos de la 3-6 diamino-10 metil-acridina.

Así terminamos este capítulo, habiendo querido dar con él una forma más amplia a nuestro sistema del tratamiento. Fué por eso que procedimos meticulosamente en todos sus detalles en los dos casos relatados y por ellos se verá que en el último, tuvimos necesidad de echar mano a otros medicamentos que no son de nuestra incumbencia, pero que dado el caso tan rebelde a nuestro sistema tuvimos que emplear un coadyuvante a lo que nosotros proponemos, habiendo obtenido los resultados anotados.

CAPITULO SEXTO.

VEINTE OBSERVACIONES.

E. Lazos.—De 19 años de edad, presenta por primera vez infección aguda gonocócica, la que comprobamos al exámen microscópico por abundantes gonococos intracelulares, gran cantidad de leucocitos y descamación epitelial. Después de once días de tratamiento con nuestra técnica logramos se suspenda el escurrimiento, no quedando más que por las mañanas exudado mucoso uretral, que por analisis microscópico posterior, encontramos escasos gonococos intracelulares, pocos leucocitos y celdillas epiteliales. Diez días más tarde damos de alta por curación. En total se emplearon 15 c.c. de Tripaflavina.

Observación Núm. 2.

M. R., de 28 años de edad. Ha padecido cuatro veces infecciones gonocócicas con la presente. La primera en 1921. Presentó cuando lo examinamos escurrimiento abundante por las noches y escaso durante el día. Exámen microscópico da: gonococos escasos intracelulares y pocos extracelulares; polinucleosis escasa; blenorragia crónica.

Aplicamos nuestro tratamiento y después de haber empleado 25 c.c. de la solución de Tripaflavina al 1 por 10,000 en combinación con las sales de plata, logramos después de 50 días que los análisis resultaran negativos al gonococo. Continuamos más tarde con dilataciones uretrales seguidas de instilaciones

argénticas y posteriormente uretroscopías habiéndolo dado de alta a los 63 días de tratamiento.

Observación Núm. 3.

J. Tovar.—Estudiante de 23 años; primera vez que padece blenorragia, es el sexto día del contagio sospechoso. Frotis: gonococos abundantes extracelulares, polinucleosis joven, células epiteliales y picocitos. Catorce días de tratamiento. Exámenes de laboratorio negativos al gonococo y 20 c.c. de Tripaflavina. Alta.

Observación Núm. 4.

M. Ruiz. 42 años de edad. Uretritis gonocócica crónica. Tercera vez que la padece, siendo la última hace 8 años. Escaso escurrimiento purulento. Prostatitis. Tardó 49 días en curación habiendo empleado 32 y $\frac{3}{4}$ de c.c. de Tripaflavina, para hacer desaparecer el gonococo. El laboratorio nos dió respuesta negativa a él, sólo quedó un escurrimiento mucoso que hacía aparecer los labios del meato urinario pegados.

Observación Núm. 5.

A. de la R., de 18 años. Primoinfección. El laboratorio acusa gran cantidad de gonococos intra y extracelulares, polinucleares abundantes, celdillas epiteliales. Veinticuatro días de tratamiento y $18\frac{1}{2}$ c.c. de Tripaflavina dándosele de alta de curación por resultar los exámenes del laboratorio negativos al gonococo.

Observación Núm. 6.

P. O., de 27 años, empleado de comercio. 35 días del contagio; primoinfección. El frotis acusa abundantes gonococos intracelulares, escasos extracelulares, celdillas descamativas epiteliales. Tardó 68 días en tratamiento, necesitando 35 c.c. de Tripaflavina. Dado de alta por curación.

Los resultados del laboratorio fueron negativos.

Observación Núm. 7.

T. H., de 21 años, estudiante; 14 días de infectado, el frotis

acusa gonococos escasos extracelulares e intracelulares, abundantes polinucleares y celdillas epiteliales. Ocho días de tratamiento y 11½ c. c. de Tripaflavina. Negativos los resultados del laboratorio.

Observación Núm. 8.

O. R. P., Jornalero; segunda infección, se presenta en estado agudo. Frotis: Gonococos abundantes intra y extracelulares, polinucleares jóvenes escasos, polinucleares degenerados abundantes, celdillas epiteliales pocas. Diez y siete días de tratamiento y 16 y ½ c.c. de Tripaflavina; el laboratorio da resultado negativo al gonococo.

Observación Núm. 9.

A. R. A., de 22 años con 9 días de contagio, primoinfección (en estado agudo). El frotis da gonococos extracelulares en abundancia y escasos intracelulares, mononucleosis, piocitos y celdillas epiteliales. Diez y seis días de curación. Se emplearon 120 c.c. de Tripaflavina; exámenes de laboratorio negativos.

Observación Núm. 10.

F. O., de 35 años, primera infección y seis días del contagio, en franco período agudo; frotis: gonococos intra y extracelulares abundantes, piocitos y mononucleosis; 24 días de tratamiento y 36.5 c.c. de Tripaflavina, exámenes de laboratorio: Negativo al gonococo.

Observación Núm. 11.

L. C. D. de 47 años, mecánico; tercera vez que padece gonorrea. Lo vimos en período de epididimitis que se resolvió 12 días después, apareciendo en mayor cantidad el escurrimiento; síntomas de prostatitis; el frotis dió abundantes gonococos intracelulares y escasos extracelulares celdillas, epiteliales y polinucleares. Tardó 48 días en tratamiento, habiéndose empleado 38.75 c.c. de Tripaflavina; los resultados del laboratorio fueron positivos al gonococo, sólo que en escasa cantidad. Como el enfermo no notaba mejoría no lo volvimos a ver. Caso incompletamente tratado.

Observación Núm. 12.

G. J. Zapatero, segunda infección; estado agudo. Frotis: gonococos intra y extracelulares en gran cantidad, polinucleares abundantes. Tardó 31 días en tratamiento y 16 c.c. de Tripaflavina. Resultados del laboratorio: Negativos al gonococo. Escurrimiento mucoso uretral, probablemente terapéutico.

Observación Núm. 13.

Y. O. J. de 25 años de edad, estudiante, infección aguda y 16 días de haber contraído la blenorragia. Frotis: gonococos en abundancia extracelulares y celdillas descamativas en abundancia también; 19 días de tratamiento con 27 c.c. de Tripaflavina dándosele de alta por curación con resultados negativos de laboratorio.

Observación Núm. 14.

D. E. T. de 21 años de edad. Primera blenorragia y 8 días de infectado. Duró 19 días en Tratamiento con 22 c.c. de Tripaflavina, dado de alta por curación.

Observación Núm. 15.

I. N. Electricista de 30 años de edad, segunda blenorragia. En período agudo lo comenzamos a tratar habiendo tardado 37 días en tratamiento empleando 44 y medio c.c. de Tripaflavina para que los resultados del laboratorio fueran negativos.

Observación Núm. 16.

A. Z. Sastre de 23 años de edad. Infección crónica, escaso escurrimento uretral; el frotis da: gonococos intracelulares abundantes y escasos extracelulares. Después de 36 días de tratamiento sólo se había logrado disminuir el número de gérmenes, pero sin poder hacer nulos los exámenes de laboratorio. Se emplearon 35 c.c. de Tripaflavina. El enfermo no siguió tratándose.

Observación Núm. 17.

J. R. A. de 29 años de edad de oficio carpintero, segun-

da infección blenorragica. Tardó 22 días de tratamiento con 19 c.c. de Tripaflavina. Dado de alta por curación.

Observación Núm. 18.

G. F., de 41 años de edad, de oficio sastre. Cuarta infección blenorragica. En franco período agudo. Tardó 44 días en tratamiento y 56 c.c. de Tripaflavina. Dado de alta por curación.

Observación Núm. 19.

N. P. J. Mensajero, de 18 años de edad, segunda infección blenorragica. Lo vimos en estado agudo. Tardó 19 días en tratamiento, empleándose 31 c.c. de Tripaflavina. Los resultados del laboratorio fueron negativos al gonococo.

Observación Núm. 20.

O. de la R. de 21 años de edad, estudiante, en período agudo de su primera infección blenorragica, Se utilizaron 27 c.c. de Tripaflavina y 24 días para darle de alta por ser negativos al gonococo los resultados del laboratorio.

CONCLUSIONES:

1a.—El uso de la TRIPAFLAVINA combinada con las soluciones de sales de plata, como tratamiento antiblenorrágico, presenta nulos inconvenientes para el enfermo y es de fácil aplicación.

2a.—Los casos relatados, testimonían un porcentaje considerable de curaciones.

3a.—Los resultados obtenidos en los blenorrágicos agudos, son mejores que en los crónicos.

4a.—La curación es completa.

BIBLIOGRAFIA.

- Abel y Rowntree J.— Pharmacology and Experimental Therapy, Tomo I.—Pág. 231.—1909.
- Bordier.—La Blenorragie et son evolution.
- Balzer.—Enfermedades venéreas.
- Carle.—La Blenorragie urethrale chez l'homme.
- Forgue.—Patología Externa.
- Frank Hinman.—Urinary antisepsis. J. A. M. A. Vol. 65. Pág. 1796—20 de Nov. 1915.
- J. Urology.—Tomo. 2. Pág. 257.—1918.
- Luys. La Blenorragie y ses complications. Presse Medicale. Oct. 1923.
- Alquieira Pérez Gumersindo.—Impotencia consecutiva y padecimientos blenorragicos.— Tesis. 1927.
- Aguilar José Daniel. La protopeinoterapia en el tratamiento de la blenorragia.—Tesis. 1929.
- Alfonso López Valdés. Urethritis gonocócica por la vacuna de Demonchy. Tesis.—1933.
- Cuéllar Fidel. R. Vacunación intraprostática como contribución al tratamiento de las uretritis crónicas. Tesis. 1930.
- Campo del Maino Eugenio.—Algunas consideraciones sobre la autohemoterapia asociada a la vacunoterapia en el tratamiento de las Estrepto y Gonocócicas. Tesis. 1930.
- Villanueva Aquilino.—Blenorragia en el hombre. Tesis. 1918.

Leandro D. I. Contribución al estudio de la Blenorragia en el hombre. Tesis. 1922.

Rébsamen Castañeda, P. La Blenorragia y su tratamiento por el Metaphen. Tesis. 1927.

Luna F. T. La acridinoterapia en el tratamiento de la uretritis blenorragica. Tesis. 1928.

Salazar Rovirosa Telésforo. Contribución al estudio del tratamiento de la blenorragia crónica de la mujer por la Tripaflavina-Rivanol. Tesis. 1928.

Licona Olvera Pilar.—El exámen microscópico en las uretritis. Tesis. 1925.

Torres López A. La Electrocuagulación en la blenorragia. Tesis. 1925.

Mejía Lara Miguel.—Contribución a la terapéutica de la blenorragia y de la oftalmía purulenta. Tesis. 1926. (Médico Militar).

Villarreal L. Miguel.—Estudio anatómo-fisiológico del sistema linfático y de la linfoterapia aplicada a la Blenorragia aguda y sub-aguda. Tesis. 1929.

Aniceto Orantes Suárez.—Exploración radiológica de la uretra. Tesis. 1933.

Ruiz Escalona. Tratamiento precoz de la infección gonorréica. Tesis. 1932.

Guerrero Pérez L.—Iodoterapia en las uretritis agudas del hombre. Tesis. 1932.

Franco Carlos A.—Tratamiento de la blenorragia. Medicina. Todo III; No. 34, México 1932.

SUMARIO:

Nuestro viaje.....

Introducción.

Capítulo Primero: Breves datos Históricos de la Blenorragia.

Capítulo Segundo: La '3-6 diamio-10-metil-acridina.

Capítulo Tercero: El sistema Combinado.

Capítulo Cuarto: Técnica.

Capítulo Quinto: Dos Casos.

Capítulo Sexto: Veinte observaciones.

Conclusiones.

Bibliografía.